Rok XL. Kraków, 12 Stycznia 1901. Nr. 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurg. Radcy Dworu Prof. Dra Ł. Rydygiera we Lwowie.

Aseptyka rąk w klinice Rydygiera.

Napisał

Dr. M. W. Herman

Asystent kliniki.

Kreśląc przed rokiem rozprawę p. t. „Uwagi i myśli w sprawie postępowania przeciwgnilnego i bezgnilnego w chirurgii[1]), wypowiedziałem kilka myśli w sprawie aseptyki rąk, które. jak się o tem z rozmów ustnych przekonałem, nabrały znaczenia aktualnego dla naszych chirurgów dopiero wówczas, gdy w ostatnich tygodniach pojawiły się prace autorów niemieckich[2]), traktujące o tym samym przedmiocie i kładące główny nacisk właśnie na owe szczegóły, na które i myśmy wówczas przed wszystkiem innem uwagę zwrócili. Może teraz te uwagi, zaopatrzone w stempel nauki niemieckiej, przyjmą się łatwiej i u nas!

Na wstępie zaznaczyć muszę, że wraz ze wszystkimi chirurgami wierzymy w to i wiemy o tem, że żadnym dotychczas znanym sposobem rąk naszych absolutnie, w znaczeniu bakteryologicznem, wyjałowić nie potrafimy. Lecz równie silnie przekonani jesteśmy o tem, że każdym sposobem, zalecanym do mycia rąk, byle dostatecznie konsekwentnie i ze zrozumieniem celu przeprowadzonym, możemy wyjałowić choćby jak zanieczyszczone ręce do tego stopnia, że niemi rany nie zakazimy i że gdy mimo to rana nie zgoi się przez rychłozrost, to nie znaczy, że zakażenie nastąpiło przez ręce operatora, lecz wyszło zkądinąd.

Wszystkim doświadczeniom bakteryologicznym w odniesieniu do aseptyki rąk zarzucamy to, że albo prowadzą się stronniczo, albo nie liczą się z faktycznymi stosunkami. Czytałem n. p. bardzo niedawno pracę, w której autor[3]) po rozlicznych doświadczeniach i po długiem badaniu dochodzi do wniosku, że niema nic lepszego, jak rękawice gumowe Fridricha.

A postępował tak: po dokładnem i sumiennem obmyciu rąk, wydrapywał patyczkiem lub kostką naskórek z pod paznogcia, szczepił go na pożywkach i każdego razu wykazywał bakterye. Potem wdziewał wyjałowione rękawice gumowe, tak urękawiczonemi rękoma, a właściwie końcami palców, dotykał, o ile możności delikatnie, aby uchowaj Boże agaru nie uszkodzić, powierzchni płytek agarowych, i po takiem dotknięciu nie otrzymywał oczywiście kolonij bakteryj. W całem tem doświadczeniu dziwi mię tylko, dlaczego autor innej użył metody dla rąk, innej dla rękawic? Dlaczego i rękawic nie skrobał? I tak w tym zamęcie licznych dociekań teoretycznych, pozornie tylko związanych ze stanem faktycznym, w rzeczywistości zaś zgoła nie naśladujących stosunków realnych, traci się krytyczny sąd o rzeczy. Ztąd poszło, że gdy w pracowni bakteryologicznej stwierdzono niemożliwość wyjałowienia rąk naszych w znaczeniu bakteryologicznem, przeniesiono fakt ten do kliniki i powiedziano sobie, zdaje mi się nieco apriorystycznie, że nic — tylko to właśnie jest przyczyną zdarzającego się od czasu do czasu ropienia ran. Odnoszę wrażenie, jak gdyby zapomniano, że aseptyka, to bardzo zawiła maszyna, z licznemi bardzo kółkami i że trzeba z równą dbałością starać się o to, aby wszystkie części składowe jednakowo dobrze funkcyonowały, gdyż jeden błąd, czasem mały, tak mały, że aż nie spostrzegalny, wystarcza, aby cała nasza troska o rychłozrost w niwecz się rozwiała. Zapomniano zdaje się i o tem, że ciało człowieka to nie płytka z agarem, że ustrój ten obdarzony jest pewnemi, a niewątpliwie nie małemi własnościami zabójczemi dla bakteryj.

I z pewnością da on sobie radę z tymi kilkoma przyrzutami przyrannymi, które po starannem umyciu rąk operującego możliwie jeszcze na nich pozostały i któreby dały „wynik dodatni" na pożywkach martwych, bezbronnych, zwłaszcza, że w ranie niema ani patyczków, ani kostek, ani nici jedwabnych, któreby gwałtem ścierały naskórek z rąk naszych. Zapoznano jakoby te fakta i rozpoczęto starania, aby czemś innem zastąpić tak niedoskonałą powierzchnię skóry rąk naszych i jak zaczęto zastanawiać się, wymyślono aż rękawice niciane. Celu ich, my przynajmniej, nie rozumiemy, bo nie pojmujemy, w jaki sposób właściwie tkanina tak przepuszczalna, jak owe rękawice niciane, ma powstrzymywać perygrynacyę bakteryj z rąk operatora do rany. Nie zajmujemy stanowiska odosobnionego. Podobnie jak my, myślą i inni, n. p. w klinice Bergmanna[1]).

Dla tych więc powodów i dla wielu innych my rękawiczek do operacyi nie używamy, lecz za to tem troskliwiej myjemy ręce przed operacyą, jakoteż nie mniej dbamy o to, aby skórę rąk naszych utrzymać w takim stanie, któryby umożliwiał dokładne ich wymycie. Bo to jest oddawna wia-

[1]) Nowiny lekarskie 1900, Nr. 6 i 7.

[2]) Hägler: Händereinigung, Händedesinfection und Händeschutz. Basel, 1900. (Ref. w Ctrlb. f. Chir. 1900, Nr. 46) i A. Hammesfahr Über Prophylaxe in der Asepsis. (Ctrbl. f. Chir. 1900, Nr. 47).

[3]) H. Dettner. Bacteriologisches zur Händedesinfection unter besonderer Berücksichtigung der Gummihandschuhe. (Archiv Langenbecka T. 62, Z. II).

[1]) Dr. B. Küster. Über Operationshandschuhe. (Archiv Langenbecka, T. 62, Z. II).

domo, że skóra dzieci daje się łatwiej wyjałowić, niż skóra kobiet, a tych ostatnich łatwiej, niż mężczyzn. Chirurg więc dbać winien o piękność swych rąk jak kobieta, by je mieć równie gładkie jak ona, jakkolwiek ku innemu celowi, gdyż ku dobru powierzających się nam chorych. Więc przedewszystkiem chirurg powinien zawsze używać rękawiczek, z wyjątkiem tylko tego czasu, kiedy operuje. Rękawiczki stać się powinny dla niego tak nieodzowną częścią ubrania, jak kapelusz, buty lub chustka od nosa. Następnie powinien unikać wszystkiego, coby zaszkodzić mogło skórze rąk. A więc zbytniego zimna i nadmiernego gorąca, zajęć, choćby sportowych, które pogrubiają naskórek; powinien dbać szczególniej o paznogcie i ich okolicę. Paznogcie powinny być krótko przycięte, a skóra u ich nasady niepowinna okazywać przeczosów i pęknięć. To właśnie miejsce bywa dla niektórych rąk piętą Achillesową, tam bowiem najczęściej widujemy szczeliny i stłuszczający się w strzępach naskórek. Te odrywające się łuski naskórka najbardziej utrudniają wyjałowienie rąk, gdyż badania Häglera wykazały, że bakterya na naszych rękach sadowią się nie w gruczołach potowych i łojowych, jakeśmy dotychczas mniemali, lecz właśnie pod takimi strzępami. Dlatego więc tę okolicę każdego palca szczególną troskliwością otoczyć należy. Najlepiej oczywiście byłoby, aby naskórek przerastał swobodnie na podstawę paznogcia, a tylko ci, którzy posiadają szczególną skłonność do tak zwanych zadzierek, powinni błonkę ową odsuwać z paznogcia. Zadzierki bowiem tworzą się prawdopodobnie skutkiem wielkiego napięcia, jakie powstaje w skórze ponad nasadą paznogcia, gdy ten rosnąc, naciąga na sobie ową błonkę naskórkową. Napięcie to znieść się uda przez jej cofnięcie dośrodkowe. Dalej powinien chirurg unikać dotykania się ciał żrących, jak n. p. karbolu, który dziś niemal zupełnie z chirurgii wycofać możemy, gdyż to karbol powoduje, że i dziś jeszcze niektórzy chirurdzy, którzy często i wiele z karbolem się stykają, mają ręce suche, zawsze jakby brudne, i zawsze pełno na nich strzępów odrywającego sie naskórka. Ręce takie mają wprawdzie wejrzenie bardzo spracowanych i bardzo poczciwych, ale są zupełnie niechirurgiczne; również niefortunnie na ręce nasze wpływa gips. A że bez niego obejść się nie możemy, więc powinniśmy zawsze, zanim weźmiemy w swe ręce opaskę gipsową, nasmarować je obficie, np. wazeliną, która zapobiega przywieraniu gipsu do skóry.

Do rąk naszych gips przysycha łatwo, łatwiej może niż do innych przedmiotów, gdyż ręce nasze skutkiem częstego mycia mają skórę suchą i pozbawioną tłuszczu. Tłuszczu tego powinniśmy im dodawać, gdyż ten sprawi, że skóra będzie nietylko miękką i gładką, lecz nadto utworzy na powierzchni delikatną powłoczkę, chroniącą ją od szkodliwych wpływów zewnętrznych. Niewiem, z jakiego tytułu, wielkiem wzięciem cieszy się w tym celu używana gliceryna; wszakżeż to nie tłuszcz, ale alkohol! Lepiej pewnie kosmetykę rąk podtrzymuje oddawna przez chirurgów używana lanolina, przyprawiona kwasem borowym, olejkami wonnymi itd. Najlepszą jednak wydaje się mi oliwa, uznana nawet przez tak wyrafinowanych strojnisiów, jakimi byli Rzymianie za cesarzów. Oliwę wyjałowioną powinniśmy wcierać w skórę rąk po każdem ich obmyciu. W sprawie pielęgnowania skóry mogliby nas niejednego nauczyć dermatolodzy, ci więc teraz głos w tej sprawie zabrać powinni.

Niemniej ważnem, jak kosmetyka rąk, jest dla chirurga i ich zabezpieczenie, niestety właśnie dla chirurga, o ile ważne, o tyle trudne. Ciągle bowiem ma on sposobność i musi się stykać z ropą i drobnoustrojami ropnymi i to już przystosowanymi. Przestrzegajmy więc w miarę możności tego, abyśmy unikali owego bezpośredniego stykania się. Badając ranę, przetoki itp., najczęściej niepotrzebujemy dotykać się ich rękoma, często wystarcza dokładne obejrzenie miejsca, zajętego chorobą. Zresztą mamy cały szereg narzędzi i przy ich pomocy dokładnie zoryentować się możemy. A kiedy już koniecznie wypadnie obmacać jakiś wrzód lub ranę, powinniśmy ją poprzednio, co i choremu na dobre wyjdzie, dokładnie zlać wodą borową lub sublimatem, a palec własny osłonić choćby warstwą jałowej wazeliny.

Prawie przy każdej zmianie opatrunku rany ropiejącej uniknąć możemy bezpośredniego stykania się rąk naszych z zabrudzonym materyałem opatrunkowym, względnie z wydzieliną rany. Szczypczykami, nożyczkami i zgłębnikiem doskonale i w zupełności wyręczyć się możemy. Przy badaniu wewnętrznem jam ciała ludzkiego winniśmy zawsze używać osłonek gumowych na palce (Fingerlingen). Najgorsza sprawa z operowaniem czyraków, ropni, ropówek, wogóle spraw chorobowych posokowatych. Kto używa rękawiczek gumowych, dobrze niewątpliwie zrobi, gdy je właśnie wtedy wdzieje. My jednak ich nie używamy i potrzeby ich nie czujemy; robimy jak wielu anatomo-patologów, to jest pomazujemy ręce oliwą wyjałowioną, względnie wazeliną, przechowywaną w wyjałowionych tubkach cynowych (jak farby malarskie). Do tak pokrytej skóry ropa nie przylega ściśle, a w każdym razie przyrzuty ropne nie dostają się bezpośrednio na skórę i łatwiej je zmyć. Najważniejszem jest jednak to, aby po takiej operacyi wymyć ręce tak dokładnie, jakby się miało przystępować do laparotomii; czego zresztą prof. Rydygier przestrzega po każdej, choćby idealnie aseptycznej, operacyi. Nie potrzebuję zresztą dodawać, że w klinice lwowskiej zawsze urządzamy się tak, aby operacye posokowate wykonywać pod koniec zajęć, względnie wykluczamy od operacyi aseptycznej tych lekarzy, którzy tego dnia mieli cokolwiek do czynienia z ropą. Uwagi o zabezpieczeniu rąk zakończyć mogę zdaniem, ażeby chirurg, szanując nie tyle swe ręce, ile zdrowie powierzających mu się chorych, jak najmniej dotykał się przedmiotów zakażonych, na których lub w których gnieździć się mogą bakterye chorobotwórcze, przyranne.

Przystępuję obecnie do ustępu najważniejszego, t. j. do właściwej w ścisłem tego słowa znaczeniu aseptyki rąk. Powiedziałem już przedtem, że podczas operacyi rękawic nie używamy, lecz za to dbamy o kosmetykę i profilaktykę rąk i o dokładne obmycie ich przed operacyą. Przy myciu, zgodnie pewno ze wszystkimi, główną uwagę zwracamy na jego stronę mechaniczną. Myjemy zatem ręce długo, bo ćwierć godziny, — czas ogromnie długi. Do mycia używamy miękich wiórów drzewnych. Gdyż jakkolwiek i dla nas jest to pewnikiem, że szczotkę, parą lub wodą wrzącą można zupełnie wyjałowić, wolimy zawsze używać wiórów wyjałowionych i przechowywanych do użycia w sublimacie, które po jednorazowem użyciu precz odrzucamy.

A wiórami równie dobrze mechanicznie zetrzeć możemy powierzchowne warstwy naskórka, jak i szczotką, nie drażnimy jednak tak bardzo naszej własnej skóry i stykamy

się z przedmiotem, który nigdy nie był ropą powalany. Myjemy się w płynącym strumieniu dobrze ciepłej wody i używamy wyłącznie płynnego spirytusowego mydła. Prof. Rydygier, wprowadzając przed kilkoma laty (gdyż jeszcze w Krakowie) takie mydło wyłącznie do swej kliniki, nie myślał o jego działaniu antyseptycznem, o którem pisał zeszłego roku Mikulicz; chodziło raczej o to, aby usunąć w ten sposób z użycia mydło twarde, przealkalizowane, zatem drażniące skórę, które, leżąc na stoliku i przechodząc z rąk do rąk musiało uledz zanieczyszczeniu ropą, wydzielinami rany, krwią i t. d. Wprowadzając zaś w użycie mydło płynne, przechowywane w irygatorach, otwieranych automatycznie, usunięto raz na zawsze tę ostatnią ryzykowną niewłaściwość. Po ćwierćgodzinnem myciu mydłem i wiórami w wodzie opłókujemy ręce w sublimacie, potem w 70% alkoholu i znów w sublimacie, a bezpośrednio przed wzięciem noża do ręki wycieramy całe ręce, a zwłaszcza paznogcie i okolicę pod nimi, płatkiem gazy, zmaczanej w takimże alkoholu. Podczas operacyi pilnuje tego Prof. Rydygier, aby często opłókiwać ręce w świeżym 3% rozczynie kwasu borowego i to tak często, by krew na rękach nie zasychała. Czynnik to bardzo ważny, bo i Gottstein np. wykazał, że często ręce, które przed operacyą były zupełnie jałowe, podczas operacyi nie były takiemi, a Dettner, badając rękawice gumowe Friedricha, stwierdził, że po ich zanieczyszczeniu podczas operacyi wystarcza jedno do półtoraminutowe przepłókiwanie ich w wodzie wyjałowionej do przywrócenia im napowrót zupełnej czystości. A dlaczegóżby nasze ręce zachowywać się miały inaczej pod tym względem, jak rękawice gumowe?

Streszczając powyższe uwagi sądzę, że aseptyka rąk składać się winna z trzech wzajemnie się uzupełniających i równie ważnych czynników: 1) z kosmetyki, 2) z profilaktyki 3) i z właściwej aseptyki. Przy zachowaniu dwóch pierwszych przepisów potrafimy tak dokładnie ręce przed operacyą wyjałowić, że nigdy nie zapotrzebujemy rękawic do operacyi i nigdy z tej strony nie nastąpi zakażenie rany, chyba że podczas operacyi w czem innem pobłądzimy. Gdyż powtarzam, aseptyka to rzecz nader trudna, tem trudniejsza, że zawiła. Trzeba się jej tak nauczyć, by operując nie trzeba było pamiętać o niej, lecz bezwiednie niejako, instynktownie, przestrzegać jej na każdym kroku Nie ci zasługują się sprawie, którzy rzecz trudną jeszcze bardziej wikłają, lecz ci, którzy ją uprościć pragną i uprzystępnić wszystkim i dla wszystkich, gdyż aseptyka to dobro prawdziwe, które stać się winno udziałem każdego.

II. Z ortopedycznej kliniki prof. Hoffy w Würzburgu i chirurgicznej kliniki Prof. Kadera w Krakowie.

O lejkowatej klatce piersiowej.

Napisał
Dr. W. Chlumsky,
I asystent Kliniki chirurgicznej w Krakowie.

(Ciag dalszy).

Co się tyczy wzajemnych stosunków wewnątrz klatki piersiowej, to w lżejszych przypadkach lejkowatej klatki piersiowej nie znajdujemy tam nic nieprawidłowego. Natomiast w cięższych przypadkach serce bywa przesunięte więcej ku stronie lewej, co wypukiem i radyoskopią z łatwością wykazać można. Nieznany autor z „Gazette des hôpitaux“ znalazł w sercu „un double soufle diastolique“, Ramadier i Serieux zwężenie aorty z przerostem serca. W jednym średnio ciężkim przypadku Bèclèrea było serce z powodu wypociny opłucnowej silnie uciśnięte ku przodowi i stronie prawej; wysterczający ku tyłowi mostek przeszkadzał dalszemu przesunięciu serca do prawej połowy klatki piersiowej, co powodowało ciężkie zaburzenia w krążeniu i oddechaniu. Następstwa tego rodzaju ucisku mogą w pewnych warunkach stać się bardzo zgubnemi.

Jak wyżej wspomnieliśmy, wymiar wewnętrzny, przednio-tylny, jest także mniejszy od prawidłowego. Płuca nie okazują żadnych nieprawidłowości, ich pojemność oddechowa ma być podług podań wszystkich autorów prawidłowa.

Oprócz zniekształtnienia klatki piersiowej okazywali chorzy moi jeszcze inne zboczenia cielesne. Jeden miał obustronne wrodzone wywichnięcie stawu biodrowego, drugi cierpiał na połowicze porażenie mózgowe wrodzone, trzeci miał stulejkę, z wyjątkiem jednego w Würzburgu, drugiego w Krakowie, wszyscy inni obserwowani przezemnie chorzy byli duchowo mniej rozwinięci, aniżelibyśmy mogli od ludzi w ich wieku oczekiwać.

Picqué i Colombani stwierdzili w swoim przypadku ogólną wątłość, ruchy pląsawicze, końską stopę i padaczkę; Ebstein napotkał skurcz lewego podudzia i padaczkę; pacyent Hundmüllera był upośledzony na umyśle; pacyent Klemperera miał padaczkę, pacyent Ramadiera i Serieuxa cierpiał na niedołęztwo umysłowe, Capitana — na głuchotę, pacyent Ferea Schmidta miewał napady padaczkowe, Lugo-Orregoa ulegał zaburzeniom mowy.

Stan ogólny pacyentów, o ile nie zależał od innych chorób, był prawidłowy; mogli oni biegać, chodzić po schodach, nie mieli oni sercowych, ani oddechowych przypadłości; krótko mówiąc, czuli się podmiotowo zupełnie zdrowymi.

Nieprawidłowości w kształcie klatki piersiowej wychodziły po największej części na jaw tylko przypadkowo, przy sposobności badania z powodu innego rodzaju dolegliwości. Podług Marie ma się ta wada spotykać przeważnie u mężczyzn; między moimi jednak przypadkami znajdowały się cztery kobiety, a tylko dwóch mężczyzn. Ebstein, Herbst, Capitan stwierdzili także tę nieprawidłowość u kobiet.

W większości przypadków lejkowata klatka piersiowa jest cierpieniem wrodzonem, prawie zawsze może już być spostrzeżona zaraz po przyjściu dziecka na świat. Często jest ona jednak początkowo nieznaczną, wskutek czego łatwo ją przeoczyć, a choćby została zauważoną, otoczenie nie przypisuje jej żadnego znaczenia.

W małej liczbie przypadków powstaje to zniekształtnienie dopiero w życiu pozamacicznem, i wtedy jest prawdopodobnie tylko częściowym objawem innego cierpienia. Podług Chapparta powstaje ona w niektórych razach, podobnie jak wiele innych nieprawidłowości klatki piersiowej, wskutek zwężenia dróg oddechowych w górnym ich odcinku, raz jako następstwo krzywicy, to znowu z powodu mięsaka śródpiersia, innym razem wskutek cierpienia mózgowego

(Ebstein), — po przebyciu spraw chorobowych, zakaźnych (Flesch) i t. d.

Etyologia. Co do przyczyn, wywołujących lejkowatą klatkę piersiową, i sposobów jej powstania istnieją najrozmaitsze zapatrywania i przypuszczenia.

Jedni przyczynę wytworzenia się tego zniekształtnienia upatrują w ciśnieniu wewnątrzmacicznem, jakie silnie ku przodowi zgięta głowa płodu wywiera na przednią powierzchnię własnej klatki piersiowej (Zuckerkandl i Hartmann). W niektórych przypadkach przypuszczenie takie wydaje się dosyć prawdopodobnem. I tak w jednym z naszych przypadków spostrzegałem poniżej obydwóch obojczyków powierzchnię płaską, trójkątną, zwróconą swoją podstawą ku górze, a płaszczyzna ta przechodziła następnie ku dołowi w typowe zagłębienie lejkowate; powierzchnia ta odpowiadała wymiarami swymi szczęce dolnej tego osobnika. Ribbert sądzi, że powstanie lejkowatej klatki piersiowej jest następstwem ucisku ścian macicy na pierś płodu; Gräffner tłómaczy przypadkowymi urazami w ostatnich miesiącach ciąży. To ostatnie przypuszczenie, zdaje mi się, mało jest prawdopodobne już z tego względu, że cierpienie to jest często dziedziczne.

Inni autorowie dopatrują przyczyny w sprawach zapalnych śródpiersia, w przeszkodach, zachodzących w jego rozwoju, albo wogóle we wszelkich sprawach chorobowych, zachodzących w narządach klatki piersiowej. Przypuszczenie to popiera przypadek Mariego, w którym stwierdzono wrodzoną sinicę i zwężenie aorty przy równoczesnem istnieniu lejkowatej klatki piersiowej. W ogólności zmiany w śródpiersiu są tylko nieznaczne (Remadier, Serieux) a musiałyby być jednak bardzo wybitne, jeżeliby wciągnięcie przedniej ściany klatki piersiowej miało być przez nie wywołane. W przypadku Sömeringa nawet wrodzony brak jednej połowy płuca nie pociągnął za sobą żadnych zmian w budowie klatki piersiowej. Eggel, Fèré et Schmidt, Fabre, Picqué, Colombami i Hagmann tłómaczą powstanie tej wady upośledzeniem odżywienia i rozwoju mostka. Opóźnione skostnienie mostka pozostawia miejsce mniej opierające się zewnętrznemu ciśnieniu atmosfery, a wskutek mechanizmu oddechania staje się ono jeszcze słabszem i zaciąga się ku wewnątrz, a dopiero następowo kostnieje już w tem nieprawidłowem ułożeniu. Temu przypuszczeniu zaprzecza jednak istnienie wrodzone lejkowatej klatki piersiowej. Przeważna liczba pacyentów rodzi się już z tem zniekształtnieniem. Zagłębienie staje się wprawdzie z czasem większem, jednak w chwili porodu, kiedy ani oddechanie, ani ciśnienie atmosferyczne jeszcze w grę wchodzić nie mogły, jest już ono zaznaczone. W ostateczności, chociażbyśmy nawet i przyjęli wspomniane tłómaczenie, to nie wyjaśnia nam ono jeszcze pierwotnej przyczyny cierpienia, t. j. opóźnionego skostnienia mostka. Jedni upatrują przyczynę tego w kile odziedziczonej, chociaż z wyjątkiem moich trzech przypadków ani w jednym z reszty mi znanych nie można było wykazać dziedzicznego obciążenia zakażeniem kiłowem.

Inni wreszcie uważają pewną postać krzywizny jako przyczynę lejkowatej klatki piersiowej. Podług Combyego jednak ma być krzywica chorobą nabytą, a nie dziedziczną. Podług Flescha i Schiffera przyczyną piersi lejkowatej jest nadmierna długość żeber. Przypuszczenie to wydaje się i P. Marie bardzo prawdopodobnem. Ebstein podaje jeszcze jedno tłómaczenie, a mianowicie przedwczesne skostnienie mostka, wskutek czego ma powstawać wygięcie żeber i mostka. Ale i to ostatnie nie wydaje mi się słusznem, ponieważ po pierwsze znane są przypadki, gdzie z pomocą röntgenografii wykazano przedwczesne skostnienie mostka, a mimo tego stosunki były zupełnie prawidłowe, a po drugie skrócenie mostka musiałoby w tym przypadku stanowić regułę. To ostatnie znajdujemy jednak tylko w nielicznych przypadkach. Podług Klemperera i Eichhorsta mają te nieprawidłowości powodować zaburzenia ośrodkowe i nerwowe.

Przy ocenieniu czynników, wywołujących powstanie piersi lejkowatej, musimy zdaniem mojem, pamiętać przedewszystkiem o dwóch szczegółach: po pierwsze, że cierpienie to, jako niczem niepowikłane zniekształtnienie, jest prawie bez wyjątku wadą wrodzoną, a po drugie, że nie jest ono tylko zwyczajnym garbem mostka, lecz wybitnem zniekształtnieniem przedniej powierzchni klatki piersiowej. Te dwa punkta naprowadzają nas na analogię z innemi zniekształtnieniami wrodzonemi, jak płaskostopie, stopa kopyto-szpotawa, zwichnięcie biodra i t. d. i doprowadzają do podobnych wniosków co do przyczyny powstania cierpienia o którem mowa.

Pierś lejkowata jest albo nieprawidłowością wrodzoną, spowodowaną uciskiem, jak to utrzymują Zuckerkandl, Hagmann i Ribbert, albo też należy ona do rodzaju t. zw. „vitium primae formationis.“

Nie chcę rozstrzygać, które z tych przypuszczeń ma większe cechy prawdopodobieństwa. Zwracam jeszcze na to uwagę, że nieprawidłowość ta występuje prawie zawsze u osób dziedzicznie obciążonych i to często w towarzystwie innych zboczeń wrodzonych. W rodzinie pacyentów tego rodzaju znajdujemy psychozy, gruźlicę, kiłę, alkoholizm itd.; a u samych pacyentów wrodzone wywichnięcie w stawie biodrowym, połowicze porażenia mózgowe, zrosty palców, skośnogłowie, bezbarwność skóry, *(vitiligo)* rybią łuskę, stulejkę, wnętrostwo (*cryptorcha*), ogólne osłabienie, zaburzenia psychiczne itd. — co wskazuje na „vitium primae formationis.“ Pierś lejkowata jest często dziedziczną; w przypadku Klemperera znajdowała się ona w trzech pokoleniach; inni autorowie spostrzegali także po kilku członków tejże samej rodziny, dotkniętych tą nieprawidłowością: Herbst stwierdził ją u dwóch sióstr; Ramadier i Serieux u brata i siostry, Anthoni u bliźniąt; ja widziałem ją u brata i dwóch sióstr. I te przypadki przemawiałyby za drugiem przypuszczeniem, t. j. „vitium primae formationis.“

W małej liczbie przypadków, jak powiedzieliśmy, pierś lejkowata jest wadą nabytą, a wtedy jest ona jednym z objawów innego cierpienia. I tak Chapard opisał przypadek, w którym powstała ona w następstwie sprawy nowotworowej w śródpiersiu; — potem kilka innych przypadków, w których wystąpiła bądź na tle krzywicy, bądź też wskutek zwężenia górnych dróg oddechowych. W jednym przypadku Ebsteina wytworzyła się ona u dziecka trzyletniego po przebytej chorobie mózgowej, a w jednym przypadku Flescha wystąpiła w 7 roku życia równocześnie z padaczką po przebyciu choroby zakaźnej.

Czy mamy tutaj zaliczyć i zniekształtnienie klatki piersiowej wskutek syringomyelii i myopatyi? — pod tym względem niema zgody między autorami.

Jeżeli w tych przypadkach zniekształtnienie klatki piersiowej odpowiada kształtowi typowej piersi lejkowatej, to według mego zdania możemy je tutaj zaliczać, z zastrzeżeniem jednak, że nie mamy tu do czynienia z postacią samoistną, lecz następową, z objawami innej choroby.

(Dokończenie nastąpi).

III. O budowie i syntezach ciał ksantynowych.

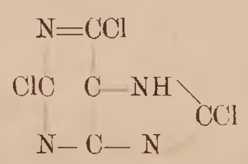
Podał

Doc. Dr. Michał Seńkowski.

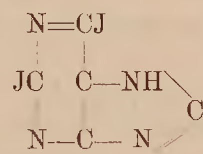
(Dokończenie).

Kwas moczowy nie daje się bezpośrednio zredukować na purynę; trzeba najpierw wodorotleny zastąpić chlorem, a dopiero potem chlor usunąć. Droga, którą Fischer po mozolnych badaniach obrał, jest następującą:

Jeżeli kwas moczowy w roczczynie alkalicznym będziemy ogrzewać z tlenochlorkiem fosforu w nadmiarze do 160°, tworzy się 2. 6. 8 trójchloropuryna



Jodowodór w temperaturze 0° działa na ten związek tak, że chlor 8. zostaje zastąpiony wodorem, a dwa inne atomy chloru zastąpione jodem, wskutek czego powstaje 2. 6 dwujodopuryna

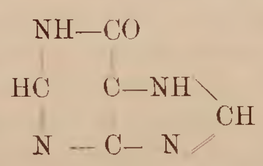


Dwujodopuryna działaniem pyłku cynkowego i wody utraca obydwa atomy jodu i daje wolną purynę, której wzór poprzednio przytoczyłem.

Puryna jest ciałem białem, krystalicznem, topi się w 216°, a rozpuszcza się stosunkowo łatwo w wodzie, czem się różni od swych pochodnych, przeważnie bardzo trudno w wodzie rozpuszczalnych. Jest ona równocześnie kwasem i silną zasadą.

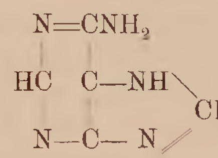
Puryny nie znaleziono dotychczas ani w świecie roślinnym, ani zwierzęcym. Czy się ona tam rzeczywiście nie znajduje, tego nie można przesądzać; wobec jednak wielkiego rozpowszechnienia jej rozmaitych pochodnych, możliwości jej znachodzenia się nie można wykluczyć. Być może, że łatwa rozpuszczalność puryny w wodzie stała się przyczyną, że chemicy, przyzwyczajeni do trudno rozpuszczalnych ksantyn, ją właśnie przeoczyli.

Monooksypuryny. Możliwe są trzy izomeryczne odmiany, odpowiadające położeniu tlenu w miejscu 2, 6, i 8. W naturze znachodzi się tylko 6 oksypuryna czyli hipoksantyna



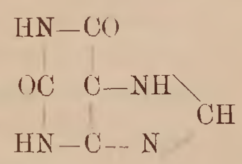
Działaniem wodnego roczczynu potażu żrącego na trójchloropurynę zostaje zastąpionym przez wodorotlen zrazu tylko chlor w położeniu 6. Jeżeli reakcyę w tym punkcie przerwiemy, a dwa inne chlory zredukujemy jodowodorem, a następnie pyłkiem cynkowym, powstaje gładko hipoksantyna.

Analogicznie do hipoksantyny jest zbudowaną 6. aminopuryna czyli adenina



otrzymana z trójchloropuryny umiarkowanem działaniem alkoholowego roczczynu amoniaku i następną redukcyą jodowodorem i pyłkiem cynkowym w sposób analogiczny do hipoksantyny. Ponieważ reakcya ta przebiega bardzo gładko, prawie ilościowo, przeto jest to najwygodniejsza droga otrzymania adeniny, a z niej działaniem kwasu azotawego także i hipoksantyny, bezwarunkowo wygodniejsza i tańsza od otrzymywania tych zasad z wyciągu mięsnego.

Dwuoksypuryny. Z trzech możliwych odmian 2.6, 2.8. i 6.8. najważniejszą jest znajdująca się w naturze 2. 6 dwuoksypuryna, czyli ksantyna

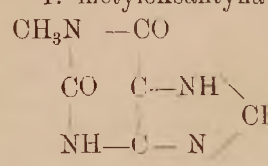


otrzymana syntetycznie z trójchloropuryny przez redukcyę jodowodorem w temp. 0° na 2. 6. dwujodopurynę i następne zastąpienie jodu tlenem przez gotowanie z kwasem solnym. W ten sposób zaspokoiło się życzenie wielu chemików, którzy próbowali zredukować bezpośrednio kwas moczowy na ksantynę, jednak bez skutku.

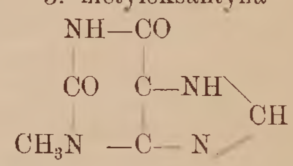
Na szczególniejszą uwagę zasługują związki homologiczne ksantyny, różniące się od niej o jedną lub więcej grup metylowych, albowiem między nimi znajdują się puryny ze świata roślinnego, stanowiące tak cenne leki, jak kofeina i teobromina.

Z tych najważniejsze są:

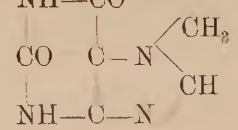
1. metyloksantyna



3. metyloksantyna



7. metyloksantyna (heteroksantyna)



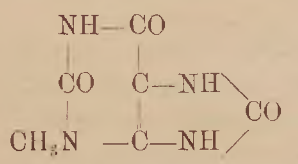
Heteroksantyna, znaleziona w moczu przez Salomona w r. 1885, została otrzymaną przez Fischera z teobrominy, przez usunięcie grupy metylowej, znajdującej się w położeniu 3.

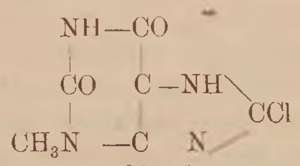
3. metyloksantyna otrzymana z kwasu 3. metylomoczowego w sposób, jak ksantyna z kwasu moczowego, w przyrodzie się nie znajduje.

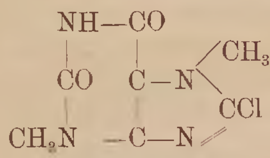
1. metyloksantyna, znaleziona w moczu przez Krügera i Salomona. Budowa jej wynika z budowy dwóch poprzednich. Synteza dotychczas nie przeprowadzona.

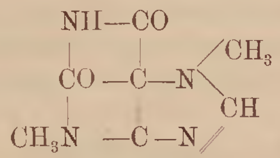
Dwumetyloksantyny możliwe są w trzech odmianach, z tych wszystkie znajdują się w naturze

3. 7. dwumetyloksantyna, czyli teobromina została otrzymaną kilkoma drogami. W jednej z nich, jako punkt wyjścia, służy kwas 3. metylomoczowy, ten z tlenochlorkiem fosforu daje 3. metylo 8. chloroksantynę, która z jodkiem metylu w reakcyi alkalicznej daje 8. chloroteobrominę, a z tej przez redukcyę powstaje teobromina


kw. 3. metylomoczowy

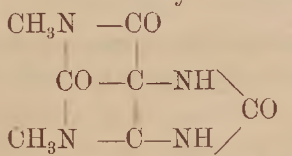

3. metylochloroksantyna


8-chloroteobromina

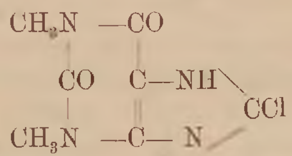

teobromina

1. 3 dwumetyloksantyna, czyli teofilina, otrzymaną została z kwasu 1. 3 dwumetylomoczowego działaniem tlenochlorku, fosforu i następną redukcyą

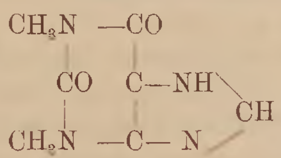
kw. 1. 3 dwumetylomoczowy



8 chloroteofilina

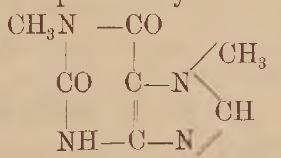


teofilina

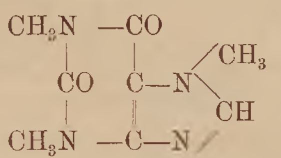


1. 7 dwumetyloksantyna, czyli araksantyna, otrzymaną została z kwasu 1. 7 dwumetylomoczowego drogą zupełnie taką samą, jak poprzednia

paraksantyna



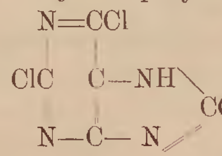
1. 3. 7 trójmetyloksantyna czyli kofeina



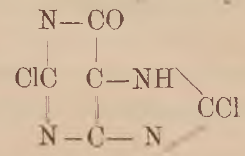
Ksantyna i ksantyny podstawione grupami metylowemi mogą być użyte jako punkt wyjścia do syntezy kofeiny. Każda z tych ksantyn przez wprowadzenie do niej tylu rodni metylowych, ile się zmieści, daje w rezultacie kofeinę. Częściowa synteza kofeiny z teobrominy była opisaną przez Streckera jeszcze w r. 1861, a że kofeinę naturalną można mieć w dowolnej ilości, to też nic dziwnego, że jest ona obok kwasu moczowego najlepiej przez dawniejszych autorów opracowanem ciałem ksantynowem. Z licznych nowszych syntez wymienię tylko jedną, gdzie przez pośrednią redukcyę kwasu 1. 3. 7 trójmetylomoczowego tworzy się kofeina zupełnie tak samo, jak z kwasu moczowego ksantyna. Ponieważ kwas trójmetylomoczowy jest dosyć łatwym do otrzymania, droga ta może się stać sposobem fabrycznym otrzymywania kofeiny.

W końcu opisać tu muszę jeszcze jedno ważne połączenie z tej gromady, a tem jest 2 amino 6 oksypuryna, czyli guanina. Trójchloropuryna, ogrzewana z alkaliami, tworzy zrazu dwuchlorohipoksantynę. Jeżeli reakcyę w tym punkcie przerwiemy, a dalej będziemy działać amoniakiem, tworzy się 2 amino 6 oksy 8 chloropuryna, która, zredukowana, daje guaninę.

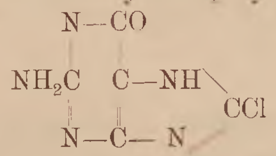
trójchloropuryna



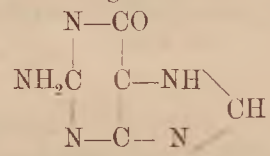
dwuchlorohipoksantyna



aminooksychloropuryna



guanina

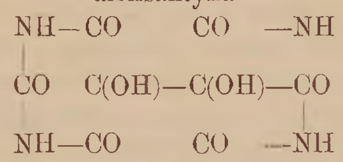


Z pochodnych guaniny należałoby jeszcze wymienić syntetycznie otrzymaną 7 metyloguaninę t. j. epiguaninę, która później znalezioną została w moczu przez Krügera i Salomona.

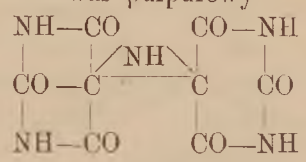
Tak wyglądają w krótkim zarysie prace około syntezy pochodnych puryny; pozostaje mi jeszcze wytłómaczyć kilka reakcyi analitycznych, któremi niejednokrotnie w ciągu tych syntez musiano się posługiwać celem śledzenia ich przebiegu, które to reakcye zależne są od pewnych konfiguracyi atomów w drobinie puryn.

Reakcya t. zw. mureksydowa występuje w tych wszystkich pochodnych puryny, którą dają aloksan. Polega ona na utworzeniu się kwasu purpurowego, który stoi w ścisłym związku z t. zw. aloksantyną, a tem samem z aloksanem.

aloksantyna



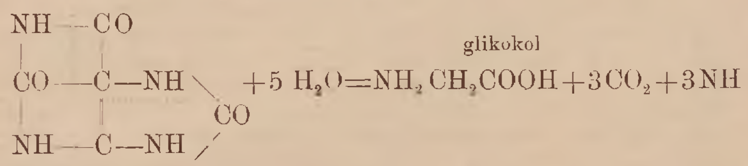
kwas purpurowy



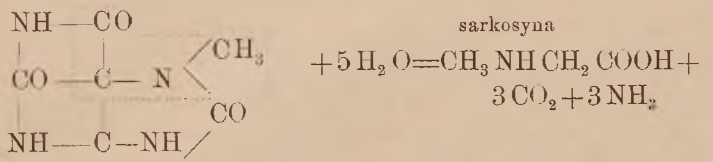
Kwas purpurowy w stanie wolnym nie istnieje; natomiast jego sól amonowa posiada barwę purpurową, a tworzy się, jeżeli kwas moczowy odparujemy do suchości z kwasem azotowym, a pozostałość zwilżymy amoniakiem. Reakcyę mureksydową dają tylko te puryny, z których przez utlenienie powstaje aloksan lub jego związki homologiczne, a więc kwas moczowy, ksantyna, kofeina, guanina i t. d., okazując tylko nieznaczne różnice między sobą w wyrazistości i łatwości reakcyi, oraz w odcieniu zabarwienia; inne, w szczególności te, które na węglu 2 nie mają tlenu lub grupy amidowej, nie dają po utlenieniu aloksanu, a tem samem

i reakcyi mureksydowej. Odnosi się to do takich związków, jak puryna, hipoksantyna, adenina.

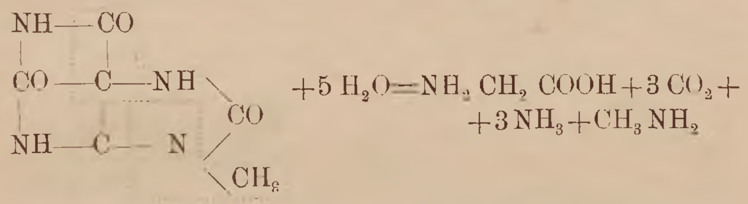
Przez gotowanie z kwasem solnym rozpada się grupa purynowa w ten sposób, że się tworzą bezwodnik węglowy, amoniak i kwas amido-octowy (glikokol)



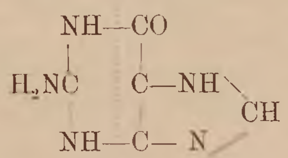
Jeżeli azot 7 jest połączony z grupą metylową, w miejsce glikokolu tworzy się sarkosyna



Jeżeli zaś azot 9 jest połączony z metylem, tworzy glikokol, bezwodnik węglowy, amoniak i metylamin



Jeżeli w purynie węgiel 2 jest połączony z grupą aminową, wtedy działaniem środków utleniających tworzy się guanidyna $(NH_2)_2CNH$



Że obecność grupy aminowej na węglu 6 nie może być przyczyną utworzenia się guanidyny, jest teoretycznie jasnem; doświadczenie zaś pouczyło, że to samo dzieje się także z węglem 8, choć tutaj tworzenie się guanidyny jest teoretycznie możliwem.

W ten sposób badania nad budową ciał ksantynowych są, śmiało rzec można, ukończone; tu i owdzie tylko należałoby je uzupełnić; ich struktura jest nam jasną i pewną, jak pewnemi są zasady dzisiejszej chemii. Nasuwa się teraz tylko pytanie, czy te mozolne badania mają jakie praktyczne znaczenie w życiu, a zwłaszcza w medycynie. Stanowczo musimy powiedzieć — tak. Najpierw w przemyśle, zwłaszcza w przemyśle farmaceutycznym. O ile tańszymi staną się leki, jak kofeina lub teobromina, jeżeli do ich wyrobu użyjemy nie drogiej kawy lub kakao, lecz guana lub odchodów ptasich. Prace około wynalezienia sposobu taniej fabrykacyi tych ciał są w toku i nie długo będziemy czekali na dziesięćkroć tańszą sztuczną kofeinę lub teobrominę. Równocześnie są przeprowadzane badania nad własnościami farmakologicznemi innych puryn, już tylko drogą sztuczną otrzymanych, między któremi niewątpliwie znajdą się ciała o cennych własnościach leczniczych. W zastosowaniu do medycyny teoretycznej i praktycznej syntezy ciał purynowych wydać mogą jeszcze poważniejsze rezultaty. Ciała ksantynowe, otrzymane z wydalin naturalnych, przedstawiały drogocenne preparaty, troskliwie i zazdrośnie przechowywane w muzeach chemicznych; do otrzymania kilku decygramów jednej z naturalnych puryn trzeba było przerobić nie setki, a tysiące litrów moczu; nic też dziwnego, że o dokładnem poznaniu ich własności i mowy nie było. Dziś stosunkowo niezbyt trudnemi metodami chemicznemi i niewielkim nakładem kosztów możemy mieć te ciała w dowolnej ilości, możemy poznać ich własności fizyologiczne, łatwiej nam wypracować metody ich wykrycia i łatwiej określić znaczenie występowania tej lub owej puryny. Tak n. p. tylko dokładnej znajomości pojedynczych puryn należy zawdzięczyć prace Krügera i Salomona, którzy wykazali, że wielka część ciał ksantynowych, zawartych w moczu, mianowicie te, które posiadają grupy metylowe, pochodzi od kofeiny, teobrominy i teofiliny, znajdujących się w środkach spożywczych.

Największa część puryn, o ile nie ulega w ustroju całkowitemu spaleniu, opuszcza go w postaci kwasu moczowego, który jest puryną w *maximum* utlenienia, o ile to jest możliwem bez rozbicia właściwego jądra, złożonego z atomów węgla i azotu. Dziś zwracamy baczną uwagę na objaw chorobowy, charakteryzujący się zwiększoną ilością wydzielanego kwasu moczowego, na t. zw. skazę moczanową. Przyczyna jej, a może przyczyny, nie są nam jasne; czy owo zagadnienie rozwiążemy, czas to pokaże; w każdym razie prace ściśle chemiczne będą tego rozwiązania podstawą. Dziś już nie zapatrujemy się na kwas moczowy, jako produkt upośledzonej przemiany materyi, niejako niedokładnego spalenia się białka, lecz polegając na pracach głównie Kossla, który w produktach rozkładowych nukleiny znalazł adeninę i inne puryny, uważać musimy jako źródło pochodzenia tych ciał jądro komórki, a w ten sposób badania tu opisane stają się podstawą do rozwiązania najważniejszych zagadnień biologicznych. Jakiekolwiek będą dalsze wyniki, teraz z dumą możemy powiedzieć, — poznaliśmy jedną kartę więcej z tajemniczej księgi przyrody, poznaliśmy ją z taką dokładnością, na jaką nam pozwala znajomość dzisiejszych zasadniczych praw chemii.

IV. Wyciągi.

Hellendal (Berlin). **W sprawie leczenia chorób sercowych.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 48, 1900). Często się zdarza, że chorzy na serce uczuwają pewną ulgę po przyłożeniu dłoni na okolicę uderzenia koniuszkowego. Otóż tę okoliczność wyzyskał autor, zakładając takim chorym opaskę (nakształt opaski przepuklinowej), której elastyczna pelotka równomiernie uciska okolicę serca. Oczywiście o wyleczeniu n. p. wady sercowej tym zabiegiem mowy być nie może, — co najwyżej może nastąpić niejaka ulga i to jedynie w przypadkach chorób serca na tle nerwowem. *Pisek.*

Dungern. **Praktyczny sposób uczynienia mleka krowiego więcej strawnem.** (*Münch. med. Wochsch.* Nr. 48 1900). Mleko krowie ścina się w żołądku w duże kawałki i dlatego, stając się trudno-strawne, sprowadza następowe zaburzenia w trawieniu. Z tego względu polecano mięszać mleko krowie z klejem roślinnym, z tłuszczem, usuwać częściowo zsiadły sernik, lub działać nań środkami trawiącymi, jak pankreatyna (mleko Backhausa, Voltmera i innych). Ponieważ domieszki do mleka są przez osesków źle znoszone, a przez usunięcie sernika pozbawiamy mleko znacznej ilości części pożywnych, — poleca autor mleko gotowane zagrzać do ciepłoty ciała ludzkiego w chwili, kiedy mamy je podać noworodkowi i zaprawić zaczynem podpuszczkowym (pegnin). Strącony w ten sposób sernik kłócić tak długo, aż rozdzieli się na drobne obłoczki takie, w jakich zsiada

się sernik w mleku kobiecem. Tak przygotowane mleko ma wprawdzie smak nieco odmienny od mleka zwykłego, mimo to noworodki piją je bardzo chętnie, sernik w żołądku ich nie zsiada się już w duże kawałki, a przez to i trawienie jest łatwiejsze. *P.*

Ebstein (Getynga). **Napady bezdechu** (*apnoë*) **w przebiegu porażenia błoniczego. Wyzdrowienie.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 49, 1900). U 10-letniej dziewczynki z objawami, w części poraźnymi, w części zaś niezbornościowymi, pochodzenia błoniczego, wystąpiły nagle napady bezdechu, trwające od 5 do 34 godzin. Pierwszy napad robił zupełnie wrażenie groźnego zaduszenia nadmierną ilością plwociny i śluzu, wypełniającą górne drogi oddechowe. Skoro jednak usunięto tę domniemaną przeszkodę, nietylko że stan chorej się nie poprawił, ale wystąpił całkowity bezdech, utrzymujący się przez 6 godzin, któryby niezawodnie życiu położył koniec, gdyby natychmiast i bez przerwy przez cały ten czas nie stosowano sztucznego oddechania; napadów takich było 5, najdłuższy trwał 34 godzin: — również i tutaj stosowano bez przerwy sztuczne oddechanie. Z uwagi, że ani porażenia mięśni wdechowych, ani porażenia przepony nie można było z innych względów przyjąć za przyczynę tego zjawiska, kładzie autor szczególny nacisk na przypuszczalne zmiany chorobowe w ośrodkach oddechowych, wywołane jadem błoniczym. *Dr. Henryk Pisek.*

Fehling: **O samo zatruciu ustroju w położnictwie** (*Münch. med. Wochensch.* Nr. 49, 1900). Jako źródło gorączki połogowej uważał Semelweis rozkład w macicy wód, resztek łożyska, skrzepów krwi, lub też zranienia sromu. Znacznie dalej posuwa się Ahlfeld, twierdząc, że nawet po zupełnie prawidłowym porodzie, gdzie nic nie pozostało i gdzie jest wykluczone zakażenie palcami badającego, narzędziami i materyałem opatrunkowym, może nastąpić samozatrucie ustroju, objawiające się podwyższeniem ciepłoty, lub nawet śmiercią. Twierdzenie to zbija Fehling, przytaczając na dowód przeprowadzone badania bakteryologiczne nad odkażaniem rąk, dalej udowadnia, że na sromie, mimo najlepszego odkażenia, znajdują się liczne bakterye że tak samo znajdują się bakterye i w pochwie, a nawet w samej macicy. Zatem chwilowe podwyższenie ciepłoty może powstać bądź przez bakterye mniejszej żywotności, które mimo odkażenia znajdowały się na palcu badającego, lub też za pośrednictwem palca zostały przeniesione ze sromu do pochwy i głębiej, albo które znajdowały się w pochwie przed porodem i dostały się podczas porodu do zranień pochwy i przedsionka, lub też wywędrowały z pochwy do macicy. Bakterye bowiem dolnej części pochwy, w miarę zatrzymywania się odpływu, dostają się do części głębszej, a ztąd mogą nawet przejść do jamy macicy.

Prócz tych źródeł zakażenia może ono nastąpić i bez badania, a to przez bakterye z powietrza, które mogły dostać się na otarcia i pęknięcia sromu, i jeżeli bakterye te są ropotwórcze, wtenczas powstaje miejscowe zapalenie z następowem mniejszem lub większem zatruciem ustroju. Na poparcie swego poglądu na przyczynę podwyższenia ciepłoty w połogu przytacza autor statystykę kilkunastu klinik z uwzględnieniem, czy rodzące były badane, czy nie. Główny nacisk kładzie na to, aby ręce nie stykały się poprzednio, bodaj kilka godzin przed badaniem rodzącej z ropą, bo mimo najskrupulatniejszego odkażania nie możemy być pewni, czy ręce nasze są należycie czyste. Przy badaniu przypadków mniej czystych radzi F. używać rękawiczek; wreszcie, aby uniknąć zakażenia z powietrza, poleca przez 6 dni po porodzie przykładać na srom waciki, zamaczane w rozczynie sublimatu 1:4000. Według zdania F. dopiero wtenczas wolno nam będzie mówić o samozatruciu, gdy będziemy napewno wiedzieć, że ręce nasze potrafimy całkowicie odkazić, oraz kiedy będziemy w możności oznaczyć czas, w którym możemy bezkarnie użyć rąk do badania położniczego po zanieczyszczeniu ich ropą, wreszcie gdy się dowiemy, czy i z jakiej przyczyny bakterye pochwy nabierają żywotności i czy bakterye z powietrza mogą w istocie zawędrować aż do macicy. *P.*

Wertheim. **Przyczynek do radykalnej operacyi raka macicy** (*Wien. klin. Wochensch.* Nr. 49, 1900). W połowie operowanych przypadków raka macicy, nawet przy niezajętej tkance łącznej przymacicznej, następuje po pewnym czasie nawrót, pomimo iż była wykluczoną możność przeszczepienia podczas operacyi komórek rakowych w ranę pooperacyjną. Pochodzi to ztąd, że przy stosunkowo małych zmianach nowotworowych w samej macicy znajdują się już, czuciem nie wybadalne, zmiany w tkance przymacicznej i w gruczołach miednicy małej. Aby mieć pewność, że z usunięciem pierwotnego ogniska usuwamy możność nawrotu, poleca autor wyciąć w każdym przypadku tkankę przymaciczną i powyjmować wszystkie gruczoły, przebiegające wzdłuż naczyń, aż po rozgałęzienie się tętnicy głównej. Przeciąwszy powłoki i otwarłszy otrzewnę, odpreparowuje W. przy ułożeniu chorej z miednicą podniesioną oba moczowody i grube naczynia, wzdłuż których wyłuszcza wszystkie gruczoły; następnie, oddzieliwszy pęcherz od macicy i pochwy, usuwa go ku przodowi i przecina oba parametrya, poczem zamknąwszy pochwę zaciskaczem poniżej nowotworu, odcina ją niżej zamknięcia. Operując w ten sposób, usuwa tkankę przymaciczną i gruczoły, a więc oddala możność powstania przerzutów; odcinając zaś pochwę w miejscu zdrowem i nie stykając się zupełnie z nowotworem, unika możności przeszczepienia. Ponieważ, badając przez pochwę, nie zawsze możemy określić, jak daleko jest zajęta tkanka przymaciczna i czy są zajęte gruczoły, dlatego autor poleca wydobywać macicę rakowatą nawet w tych przypadkach, gdzie wydobycie przez pochwę jest już niemożliwe. Tylko w tych przypadkach, gdzie guz wypełnia całą miednicę małą, autor nie operuje; zresztą, o ile siły chorej zezwalają na operacyę, to operuje zawsze. Jeżeli przy otwarciu jamy brzusznej okaże się, że rak zajmuje pęcherz, moczowody, a gruczoły tworzą pakiety, silnie zrośnięte z naczyniami, — to odstępuje od operacyi radykalnej, — a robi operacyę paliatywną, wyjmując samą macicę. Autor operuje w ten sposób od 2 lat i w 17 przypadkach wyleczonych nie spostrzegał nawrotu cierpienia. *P.*

Kretz. **Ropieniec** (*phlegmone*) **wyrostka robaczkowego w następstwie zapalenia migdałków.** (*Wien. klin. Wochs.* 1900) Nr. 49). Główną podstawą zapaleń wyrostka robaczkowego jest wprawdzie niewątpliwie jego budowa anatomiczna i histoloczna, usposabiająca w wysokim stopniu do zboczeń chorobowych (wąskość światła, ułatwiająca wytwarzanie się kamieni kałowych i uwięźnięcie ciał obcych; obfitość tkanki adenoidalnej, sprzyjająca zagnieżdżaniu się bakteryi i t. p.) jednakże niebezpieczeństwa, związane z zapaleniem wyrostka, polegają nietylko na tych anatomicznych stosunkach, gdyż znane są przypadki samowyleczenia, chociaż stosunki anatomiczne pozostają zawsze takie same. Pouczającym tego przykładem jest przypadek, spostrzegany przez Kretza, a odnoszący się do młodego człowieka, zmarłego na tężec: znaleziono mianowicie przy sekcyi w jamie brzusznej wolno leżący otorbiony koprolit, w okolicy ślimakowato skręconego wyrostka robaczkowego nieco zrostów, zresztą otrzewna prawidłowa. Niewątpliwie były to skutki dawniejszej zgorzeli i przedziurawienia wyrostka, pomimo których sprawa skończyła się pomyślnie, a koprolit, który wydostał się do jamy otrzewnej, uległ tam otorbieniu bez dalszych następstw dla ustroju. Jeżeli więc w większości przypadków sprawa kończy się niepomyślnie — zapaleniem otrzewnej lub posocznicą — nieraz jeszcze nawet przed przedziurawieniem wyrostka, to widocznie oprócz anatomicznych warunków wchodzi wówczas w grę inny jeszcze czynnik nadający przypadkom groźniejszym właściwe piętno.

W przypadku ropieńcowego zapalenia wyrostka u 30=l. kobiety, wychodzącego z dwóch małych owrzodzeń odleżynowych w sąsiedztwie pestek, które się dostały do wyrostka, a zakończonego zapaleniem otrzewnej, wykrył K. bardzo jadowite paciorkowce; takie same paciorkowce wyhodował z migdałków tej kobiety, zajętych (nierozpoznanem za życia) zapaleniem. Drugi zupełnie podobny przypadek dotyczył młodego mężczyzny z nawrotem zapalenia wyrostka. K. przyjmuje związek między schorzeniem migdałków a ropieńcem wyrostka robaczkowego, sądząc, że przy połykaniu dostało się do jelit dużo nader jadowitych paciorkowców, które natrafiwszy w wyrostku na podatny grunt, wywołały w nim ciężkie zmiany. Zwracając w końcu uwagę na znaczenie migdałków, jako wrót zakażenia w pewnych postaciach ropnicy i posocznicy bez znanego źródła (kryptogenetisch) oraz w pewnych zakażeniach jelitowych, sądzi K., że ropieńcowe zapalenie wyrostka należałoby pod względem etyologicznym wyodrębnić i postawić w jednym rzędzie z ropieńcowem zapaleniem żołądka, przełyku i okrężnicy. *C.*

Schattenfroh i Grassberger. **Stosunek nieruchomych prątków kw. mlekowego do szelestnicy.** (Rauschbrand) (*Münch. med. Wochs.* Nr. 50, 1900). S. i G. podają, że sprawca ropieńca gazowego (Gasphlegmone): *bacillus emphysematis* (Fraenkel, Lindenthal, Hitschmann) jest temsamem, co nader w przyrodzie rozpowszechniony *granulobacillus saccharobutyricus immobilis liquefaciens.* Prątek ten odgrywa rolę przyczynową także w znacznej części przypadków szelestnicy u bydła. *C.*

Muck. **O występowaniu ostrego zatrucia jodowego po zażywaniu jodku potasowego w związku z obecnością rodanów w wydzielinie nosa, spojówek i w ślinie.** (*Münch. med. Woch.* Nr. 50, 1900). Zajmując się badaniami nad wpływem uszkodzenia struny bębenkowej (*chorda tymp.*) i splotu bęb. (*plexus tymp.*) wskutek ropienia w uchu środkowem na wydzielanie śliny, zauważył M., że u wielu osobników, dotkniętych przewlekłem ropieniem ucha, brak rodanów w ślinie, a ilość związków tych bywa u różnych osobników różna. Znaczna zawartość rodanów w ślinie, wydzielinach nosa i spojówek pociągała za sobą prawie zawsze objawy ostrego zatrucia jodowego o różnem natężeniu, — jeżeli dotyczącym osobnikom podano jodek potasu. Natomiast chorzy, których wydzieliny nie

zawierały rodanów, znosili jodek potasu bardzo dobrze. Wystąpienie objawów ostrej jodzicy zdaje się więc przyczynowo wiązać z nadmiarem rodanów w wydzielinach, a przypuszczenie to popiera także ta okoliczność, iż wogóle objawy jodzicy występują na tych błonach śluzowych, których własne lub sąsiednie gruczoły wydzielają rodany, jak na spojówkach i błonie śluzowej górnych dróg oddechowych.

C.

Doc. Ludomił Korczyński: **Kliniczne doświadczenia ze szpikiem kostnym.** (*Wiener mediz. Presse.* Nr 23—29, 1900). Na wstępie podaje autor obszerną literaturę o szpiku kostnym, wyczerpującą obecny stan nauki o nim ze stanowiska klinicznego, jakoteż fizyologicznego i histologicznego Zadaniem zaś autora było określenie znaczenia leczniczego szpiku kostnego pod względem fizyologicznym i klinicznym. Praca więc rozpada się na dwie części: w pierwszej zamierzał autor odpowiedzieć na pytanie, czy wstrzykiwanie szpiku kostnego, lub podawanie go na wewnątrz wpływa na krążenie krwi, jej skład, wydzielanie bezwodnika węglowego i przemianę azotu; w drugiej miał na oku znaczenie lecznicze, a więc czy szpik kostny wpływa korzystnie na przemianę materyi i skład krwi w chorobach krwi, lub zboczeniach przemiany materyi. Do określenia działania fizyologicznego służył autorowi cały szereg doświadczeń na zwierzętach i dwóch chorych z cierpieniami nerwowemi, u których określał równowagę azotową, oznaczając azot w pokarmach, moczu i kale. Zwierzętom wstrzykiwano wyciągi wodne i glicerynowe szpiku kostnego w tkankę podskórną, lub podawano szpik surowy; ludziom podawano szpik surowy, lub „medulladen“ Knolla w ilości 1·50 grm. dziennie. Wnioski, dające się wysnuć z tej pracy, wykazują, iż wstrzykiwania szpiku kostnego nie działają na krążenie i na oddechanie; natomiast wywołują leukocytozę trawienną i przyrost nagły ilości ciałek krwi czerwonych, zaraz po wstrzyknięciu, nazwany przez autora „Erythrochemotaxis“. Obok tego widocznem było stałe zwiększenie się ilości ciałek czerwonych i wpływ korzystny na przemianę azotową w ustroju, objawiający się zatrzymywaniem azotu w ustroju, co uwidoczniają liczne tablice, przedstawiające bilans azotowy. Nadto szpik kostny wpływał korzystnie na podniesienie się stanu odżywienia młodych zwierząt. Spostrzeżenie to autora zgadza się z doświadczeniem Zuntza na małem dziecku, iż żywienie pokarmami, zawierającymi fosfor, np. żółtkiem jaj, nawet przy mniejszej zawartości kaloryj w pokarmach, wywoływało zaoszczędzenie azotu i fosforu. Danilewski zaś wykazał tosamo na młodem zwierzęciu przy żywieniu lecytyną. Do doświadczeń klinicznych użyto 7 chorych; z tych 4 przypadki niedokrewności i błednicy, 1 białaczki i 2 przypadki cukrzycy. Pod wpływem „medulladenu“ wzrastała ilość ciałek czerwonych i odsetek hemoglobiny, jak również poprawiało się odżywienie chorych. Wpływ korzystny na odżywienie był widocznym także w jednym przypadku cukrzycy; wpływu na wydzielanie cukru nie zauważono.

Dr. J. L.

Max Kahane. **Błednica.** (Odbitka z *Wiener Klinik* 1900). Choroby społeczne w ścisłem słowa znaczeniu są częste i nader rozgałęzione; nie przedstawiają one schorzeń pojedyńczych ludzi, lecz obejmują całe pokolenie szerokiego ogółu, a swojem istnieniem przynoszą ludzkości stały i znaczny uszczerbek na zdrowiu i zdolności do pracy. Do tych chorób społecznych należą kiła i gruźlica, a jako szkodniki dla zdrowia społecznego należy uważać alkoholizm i nerwice. Do tych chorób społecznych zalicza Kahane także błednicę, jako cierpienie, obejmujące pokaźną liczbę płci żeńskiej, będącej w okresie pokwitania; prowadzi ona do zaburzeń czynności płciowych i jest wyrazem masowego zwyrodnienia ustroju ludzkiego. W pojęciu Kahanego błednica (chlorosis) jest chorobą samoistną, należącą w myśl teoryi Kundrata do zaburzeń rozwojowych, charakteryzującą się wiekiem i płcią osobników, u których powstaje, jakoteż pewną zmianą w składzie krwi i sprawności narządów krwiotwórczych, a swojem istnieniem daje wyraz niestosunkowi między wrodzonem osłabieniem (Minderwerthigkeit) narządów krwiotwórczych, a wymaganiami ustroju kobiecego w okresie rozwoju płciowego. Do postulatów błednicy należą: 1) występowanie u płci żeńskiej: 2) wystąpienie w pierwszem pięcioleciu dojrzewania płciowego; 3) krew błednicza jest bledsza, ilość hemoglobiny w niej mniejsza, ciężar gatunkowy krwi niższy. Przedstawiwszy wszystkie teorye błednicy, a więc anatomiczną (Virchowa), zakaźną (Clémenta), z samozatrucia (bądź jako samozatrucie jelitowe — Andrew-Clark — bądź też jako jajnikowe, względnie tarczykowe): dalej — teoryę urazową, naczyniowo-ruchową i inne podrzędniejsze, nie mogąc mimoto wytłómaczyć sobie wszystkich objawów chorobowych błednicy, przedstawia autor swoją wyżej opisaną teoryę tej choroby. Istnienie błednicy przypuszczać należy od okresu płodowego, zależnie od rozwoju angiohematoplazmy, dającej początek krwi i układowi naczyniowemu. Stopniowe różnice w rozwoju tej plazmy dają z jednej strony obraz zmian układu naczyniowego pod postacią zmian Virchowa, tworzący „status thymicus“, z drugiej zaś strony przychodzi tylko do wytwarzania mniej wartościowej krwi, dającej wyraz swego istnienia dopiero w okresie dojrzewania płciowego osobnika, tworząc obraz pospolitej błednicy. Ze błednica dotyczy tylko płci żeńskiej, jest to objaw czysto fizyologiczny, gdyż krew kobieca zawiera prawie 10% mniej hemoglobiny i erytrocytów, aniżeli krew męzka, a więc już fizyologicznie istnieje usposobienie płci żeńskiej do chorób, polegających na mniejszej wytwórczości narządów krwiotwórczych, a okres dojrzewania płciowego u mężczyzn odbywa się powoli, z cechą przeobrażeń. zaś u kobiet odbywa się nagle, z cechą rewolucyi. Po pierwszym okresie życia płodowego i rozwoju angiohematoplazmy, w miarę coraz większego różniczkowania pojedynczych narządów, powstają gruczoły, będące w ścisłym związku z tworzeniem się krwi. Gruczoły te, a przedewszystkiem gruczoł tarczykowy, jajnik i śledziona, jakoteż szpik kostny zdają się być w swej zdolności twórczej upośledzone, stanowiąc t. zw. niedorozwój wrodzony narządów krwiotwórczych (Hofman), który niekoniecznie musi polegać na zmianach anatomicznych tych narządów, gdyż jest to przeważnie zmniejszona czynnościowa zdolność twórcza pojedynczych głównych pierwiastków krwi, nawet niekoniecznie ilościowa, bo może być tylko jakościowa. Błednica. jako choroba rozwojowa, obejmuje cały ustrój, a więc objawia się zaburzeniami w całym stanie odżywczym, w układzie naczyniowym, w narządach trawienia, w układzie nerwowym, łącząc się z tak zwanemi nerwicami: histeryą i neurastenią, — dalej błednica jest w ścisłym związku z chorobliwym stanem czynnościowym, a nawet z patologicznemi zmianami w gruczołach krwiotwórczych, jak gruczoł tarczykowy, śledziona i w jajnikach, będących ogniskiem życia płciowego kobiety. Ponieważ błednica jest wadą rozwojową, polegającą na wrodzonym niedorozwoju narządów krwiotwórczych, przeto, jako taka, stale i zupełnie wyleczoną być nie może. Ciężkość przebiegu błednicy zależy od stopnia niestosunku niedorozwoju ustroju do wymagań ustroju kobiecego w okresie pokwitania płciowego. Wyleczeniu dostępne są stany, zbliżone objawami do błednicy, jeśli usuniemy przyczyny, ułatwiające powstanie błednicy, jak n. p. niedostateczne odżywienie, niekorzystne warunki higieniczne, wstrząśnienia psychiczne, wytężająca praca fizyczna, umysłowa etc. etc. Jako choroba społeczna, błednica, nabyta od przodków, zwiększająca się skutkiem nierozumnego wychowania i sposobu życia dorastającej płci żeńskiej, nawiedzająca ludzi biednych i bogatych, jest klęską społeczną, a temsamem i klęską dla państwa.

Dr. Bolesław Komorowski.

W. Freudenthal. **Samoistny wypływ cieczy mózgowo rdzeniowej z nosa.** (*Virchows Archiv* T. 161. Zeszyt 2). 50-letnia kobieta cierpiała na utratę węchu i ciężkie objawy ucisku mózgu, które ustąpiły z chwilą, gdy bez widocznej przyczyny poczęła z lewego otworu nosowego odpływać ciecz surowicza, zawierająca substancye redukujące, a niezawierające mucyny. Od tego czasu trwa wypływ cieczy już przeszło dwa lata; od czasu do czasu powracały dawniejsze objawy, gdy wypływ się przerywał. Badanie dna oka wykazuje zapalenie siatkówki po stronie lewej i nieznaczne zapalenie tarczy n. wzrokowego prawego, co przemawia za istnieniem guza przysadki mózgowej.

Od „hydrorrhoea nasalis“ różni się „craniorrhoea“ oprócz składu wypływającej cieczy nieustannem swem trwaniem w dzień i w nocy.

Z.

K. Winkler. **Myeloma pod względem anatomicznym i klinicznym.** (*Virchows Archiv*, T. 161, Z. 2). Autor opisuje szczegółowo przypadek, w którym po urazie rozwinęły się liczne guzy nowotworowe ze szpiku kręgów, kości czaszki i żeber, okazujące utkanie „*myeloma*“, zbudowane z komórek okrągłych, pochodnych od komórek szpiku czerwonego. Guzy te rozwinęły się każdy odrębnie, nie tworząc przerzutów. Klinicznie nie zdołano dotąd rozpoznać jeszcze żadnego przypadku tej choroby, mięszając ją najczęściej z rozmiękczeniem kości, od którego różni się ona tem, że zmiany kośćca odpowiadają ściśle siedzibie guzów: najczęściej powstają ostre zagięcia kręgosłupa i mostka i dobrowolne (samoistne) złamania żeber.

Z.

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Frieser (Wiedeń). **W sprawie leczenia gorączki.** (*Wiener klin. Rundschau* Nr. 47, 1900). Główną, przez gorączkę wyrządzaną szkodą dla ustroju jest chorobowo zwiększony rozpad nietylko białka pokarmów, wprowadzonych do ustroju, lecz także białka ustrojowego, następstwem czego jest wychudnienie, zanik sił i ogólne

wyniszczenie. Od tej postaci gorączki „chorobowej“ trzeba odróżnić drugą, t. zw. nerwową, czyli odruchową, pojawiającą się napadowo u osobników nerwowych i histerycznych, a dochodzącą często do 42·0°, która atoli w krótkim bardzo czasie ustępuje bez szkody dla ustroju; — takie postacie nie wymagają leczenia. Jakkolwiek niektórzy autorowie utrzymują, że podwyższonej ciepłocie ciała nie można odmówić pewnego dodatniego wpływu na ustrój, to przecież do czynnego przeciw niej wkraczaniu jest sporo przyczyn: upośledzone trawienie, wyniszczenie, niekorzystne oddziaływanie na mięsień sercowy i na miąższ narządów wewnętrznych. Zdaniem więc autora, winno się natychmiast baczną zwracać uwagę na gorączkę, występującą u osób osłabionych lub u dzieci, u ludzi zaś, w sile wieku stojących, należy bez wyjątku zwalczać każdą gorączkę, która trwa dłużej niż 8 dni. Co się zaś tyczy środków leczniczych ku temu celowi służących, zasługuje na szczególniejszą uwagę jodopiryna (związek jodu i antipiryny), odpowiadająca wszystkim wymaganiom leku przeciwgorączkowego, — nieszkodliwa, przytem szybko działa i przechodzi przez żołądek prawie bez zmiany i bez szkodliwego wpływu na trawienie, wreszcie łączy w sobie własności przeciwgnilne i przeciwgorączkowe. Jednorazowa dawka 0·5—1·00 jodopiryny korzystnie wpływa na przebieg grypy, zakażenia połogowego i ropnicy; bardzo dobre były wyniki w durze brzusznym i zapaleniu płuc. Niemniej korzystnem okazało się działanie tego środka w gośćcu, zapaleniu stawów i nerwów, — już w trzecim dniu znikała bolesność i gorączka. Zwykła jednorazowa dawka dla dorosłych wynosiła 1,00 jodopiryny 3—4 razy dziennie, dla dzieci niżej 10 lat wystarczało 0·2—0·4, dla starszych 0·5—0·75 3 razy dziennie. *Dr. Henryk Pisek.*

Hontyna jestto keratynowany związek białka z kwasem garbnikowym, otrzymany przez Dr. Sztankaya *(Pharm. Post* Nr. 46—47, 1899), który znalazł zastosowanie w leczeniu chorób przewodu pokarmowego, a w szczególności jelit, jako lek działający ściągająco, podobnie jak tanalbina, tanigen, tanokol i tanoform. Hontyna, wyrabiana przez firmę G. Hell w Opawie, przedstawia proszek barwy szarobrunatnej, woni ani smaku nie posiada, w wodzie się nierozpuszcza łatwo; w wyskoku i rozczynach alkalicznych przybiera barwę jasnobrunatną. Z solami żelazowemi tworzy reakcyę kwasu garbnikowego, t. j. zabarwienie niebiesko-czarne. W jelitach rozpuszcza się hontyna dzięki ich alkalicznej treści. Hontyna może być wprowadzona do ustroju w znacznych dawkach, do 10 grm., bez wywołania jakichkolwiek przypadków ubocznych. Jest ona związkiem, działającym ściągająco i przeciwdziała w sprawach zapalnych, usuwając rozpulchnienie i bolesność schorzałej błony śluzowej jelita. Stósowaną bywa w leczeniu ostrych i przewlekłych nieżytów jelita, niemniej i podostrych. Kölbl (*Wiener. klin. Rundschau* Nr. 25, 1900) stósował hontynę w 44 przypadkach nieżytów jelitowych z bardzo dobrym skutkiem. Również u dzieci stósował autor hontynę skutecznie. Co do dawkowania, to u dzieci podawał hontynę 3—5 razy dziennie, u osesków 0·3—0·6 grm., dzieciom starszym 0·5—1·0 grm. z syrupem, miodem, lub też kleikiem owsianym. Mleko do stosowania hontyny nie nadaje się. Można ją również podawać w proszkach, — zmieszaną z cukrem mlekowym. Dla osób dorosłych stósował 3—5 r. dziennie 1·0 grm., a w przypadkach nadzwyczajnych, w którychby ta dawka nie odnosiła pożądanego skutku, można bez obawy zwiększyć ją i podać po 2 grm. na dawkę, a 10 grm. na dzień. Również Frieser (*Wien. med. Blätter* Nr. 29. 1900) zaleca stósowanie hontyny na podstawie doświadczeń w 38 przypadkach nieżytów jelitowych. Także Reichelt *(Wien. klin. Wochenschft* Nr. 36, 1900) opisuje 76 przypadków już to u osób dorosłych, już to u dzieci, którym podawał hontynę i otrzymał bardzo dobre wyniki, zachęcające do stósowania tego środka we wszystkich schorzeniach jelitowych, w których występuje biegunka, — jako środek działający ściągająco i nietrujący.

Dr. Ig. L.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 21 grud. 1900.

Przewodniczący kol. Sielski, — członków obecnych 27.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Wybrano »Komisyę Matkę«, złożoną z piętnastu członków.

Kol. Zgórski demonstruje i omawia jeden przypadek akromegalii; sprawa chorobowa dotyczy kobiety.

Kol. Jasiński podaje spostrzeżenia z podróży swej do Biarritz, do uzdrowisk w Pyreneach, na Mendoli i na Brennerze, w barwnych słowach opisuje panoramę groty Brenta-Dolomitów i nadmienia parę słów o kolei na Jungfrau.

Kol. Zajączkowski zdaje sprawę z spostrzeżeń, uczynionych na chorych szpitala powszechnego (Oddział w. II) w podaniu kilku nowych leków. Prelegent stosował: Hedonal, Resaldol i Hidragoginę. Wyniki badań będą ogłoszone w osobnej pracy.

Dr J. Krzyszkowski, sekretarz.

VII. Nowy szpital prowincyonalny.

Doniosła dla szpitalnictwa krajowego ustawa z dnia 28 lipca 1897 r. nie potrzebowała długo czekać na wprowadzenie w życie zawartych w niej postanowień. Tchnęła ona nowego ducha w niepewną organizacyę szpitali, ubezpieczyła ich stanowisko i określiła jasno na przyszłość sprawę budowy nowych zakładów. Dążenie do ulepszenia szpitali prowincyonalnych w rozlicznych kierunkach, trzymane na wodzy właśnie brakiem tej ustawy, raźno poczęło się rozwijać, a korzyści tego zwrotu już dziś na całej linii są widoczne. Jednym z pierwszych szpitali, które skorzystały z ustawy dla zbudowania nowego gmachu, był szpital Sokalski. Wprawdzie stary budynek pod wieloma względami odpowiadał jeszcze swemu przeznaczeniu, ale położenie w samym środku miasta, ze szczupłem podwórzem, bez ogrodu, bez możności rozszerzenia się w przyszłych latach, wywoływało nieustanne objawy niezadowolnienia ze strony mieszkańców Sokala, jak niemniej i władz miejskich i politycznych. W dodatku cierpiał szpital na ciągłe przepełnienie, brak sali do operacyj aseptycznych, a na wypadek zastąpienia rządcy Siostrami miłosierdzia, nie miał dla nich pomieszczenia. Silną pobudkę dała gmina, ofiarowując pod budowę nowego szpitala obszar dwumorgowy w miejscu, oznaczonem przez znawców. Niezmordowany w pracy obywatelskiej marszałek powiatu sokalskiego, Dr. Wincenty Kraiński, nieszczędził zabiegów i trudu, by uzyskać pozwolenie i udział w kosztach ze strony Sejmu krajowego i przeprowadzić potrzebne rokowanie. Dzięki temu już z końcem 1897 roku Komitet szpitalny, złożony podług nowej ustawy z delegata Wydziału krajowego, marszałka powiatowego, delegatu Wydziału powiatowego i dyrektora szpitala, jako referenta, przystąpił do dzieła. Zajęto się przedewszystkiem planami. Ze względu na położenie terenu i względy wymagań miejscowych nie trzymano się normalnego planu, który przed kilkunastu laty poleciły Władze krajowe, lecz postanowiono najprzód utworzyć dokładny program przyszłego szpitala i na tej podstawie rozpisać konkurs, wychodząc z tej słusznej zasady, że zaspokojenie wspomnianych wymagań miejscowych jest głównym warunkiem użyteczności przyszłej budowli i że lekarz ma dokładnie określić budowniczemu, czego od niego potrzebuje, a nie odwrotnie, jak się niestety często jeszcze dzieje. Droga to zresztą nie nowa, bo wszystkie lepsze szpitale za granicą tym powstają sposobem.

Na podstawie zbadania terenu, przepuszczalności gruntu, stosunków sanitarnych i innych, oraz na podstawie studyów po szpitalach, uchodzących za wzorowe, utworzono szczegółowo opracowany program, jako podstawę konkursu. Konkurs dał dobry wynik, bo nadesłano 10 prac, z których dwie nagrodzono, a jedną z tych dwóch przyjęto za podstawę przyszłej budowy. Autorem szkicu był inżynier Tadeusz Obusiński ze Lwowa. Zanim szkic ten uzyskał ostateczne zatwierdzenie W. Rady Zdrowia i W. Wydziału krajowego, musiał uledz licznym poprawkom i zmianom na lepsze, podług doświadczonych wskazówek tych władz, — niektóre zaś ulepszenia powstały przy dalszych czynnościach komitetu i w ten sposób uzyskano ostateczny plan wraz z kosztorysem, a budowę oddano w przedsiębiorstwo w drodze licytacyi p. Pawłowi Lewickiemu z Dobraczyna. Rozpoczęto roboty w kwietniu 1899, ukończono we wrześniu 1900.

Po tym koniecznym wstępie przystępuję do opisu samego szpitala: We wschodniej części Sokala, lecz już po za miastem, wzdłuż gościńca, wiodącego do Tartakowa, zajmuje obszar szpitalny, kształtu prawie czworobocznego, przestrzeń do 10.000 m², otoczoną drewnianym parkanem. Obszar ten jest świeżo założonym ogrodem —*(planów dostarczyła bezpłatnie znana firma L. Späth w Baumschulenweg), a wśród niego wznoszą się rozrzucone pawilony szpitalne. Czoło budynku głównego, czyli administracyjnego, zwrócone ku zachodowi w tym celu, by umieszczone wzdłuż niego pod kątem prostym dwa pawilony chorych uzyskały światło południowe. Te trzy jednopiętrowe budynki, połączone, gankami, a podobnie, jak wszystkie inne, wykonane z niewyprawnej cegły (*Rohbau*) i pokryte czer-

woną dachówką, zamykają przednią część ogrodu, tworzącą piękny eliptyczny zajazd i dwa boczne półkola, obsadzone żywotnikami. — Po za tym głównym zrębem w tylnej części ogrodu, w stronie południowo-wschodniej, znajduje się parterowy pawilon dla chorób zakaźnych, otoczony gęstwiną świerków, zaś w stronie północno-wschodniej sala sekcyjna, dom przedpogrzebowy i desinfektor, a w połowie odległości pomiędzy tymi budynkami, na samej wschodniej granicy, budynek gospodarczy z lodownią, składami itp. W samym środku obszaru szpitalnego zgrabny kiosk, mieszczący studnię wodociągową.

Wchód do szpitala jest przez budynek główny administracyjny. Westybul, w którym czekają chorzy i goście ma posadzkę z „terazza“ i kamienne schody, a obok pokój portyera. Z westybulu wchodzi się do korytarza, który biegnie przez całą długość tego budynku, a po obu jego stronach rozmieszczone są następujące ubikacye: od frontu kancelarya zarządu, obszerna kuchnia z piecem kaflowym, płuczką jarzyn, wodociągiem; — od tyłu zaś dostęp z korytarza do śpiżarni, do pokoju praczek i kuchennych, do wychodku dla służby a w końcu do łaźni. Łaźnia składa się z sali głównej cementowanej i lakierowanej z wannami cynkowemi, zaopatrzonemi w kurki na ciepłą i zimną wodę, oraz w odpływy, posiada natryski górne i dolne i ławy do wypoczynku; — po jednej stronie wchód do łazienki lekarskiej i do parni, — po drugiej do szatni dla chorych i do osobnego klozetu. W ten sposób jest urządzona parterowa część budynku administracyjnego; osobna klatka schodowa prowadzi po kamiennych stopniach z wygodnym podestem w połowie wysokości na piętro. Tu po nad westybulem, t. j. w części środkowej od frontu, znajduje się kaplica szpitalna. Ołtarz pełen prostoty mieści w sobie obraz MP. Częstochowskiej pendzla artysty p. Kohlera, dar Pani Rybickiej, — po obu stronach w oknach piękne witraże; ławki i konfesyonał podobnie jak ołtarz dębowe, okryte ozdobami snycerskiemi z klonu, duży dywan i koce z kwiatami żywymi uzupełniają urządzenie. Całe to urządzenie kaplicy i wyposażenie jej w aparaty potrzebne zawdzięcza szpital szlachetnej ofiarności Pań, które pod przewodnictwem Hrabiny Platerowej i Marszałkowej Kraińskiej nie żałowały ani pracy, ani pieniędzy, by ten niezbędny, a pozabudżetowy przybytek stworzyć dla pociechy chorych szpitalnych. Korytarz z „terazza“, zasłany ceratą, prowadzi na prawo do mieszkania Sióstr miłosierdzia, które mają trzy pokoje i skład bielizny szpitalnej, a na lewo do części, przeznaczonej dla lekarzy. Tu od tyłu salka posiedzeń komitetu szpitalnego, urządzona z pewnym komfortem, obwieszona portretami Arcyks. Gizeli i trzech marszałków, a obok kancelarya lekarska, zaopatrzona w dzwonki elektryczne do służby. W części frontowej dwie sale; z tych pierwsza mieści w sobie skład opatrunków, szyn, większych przyrządów lekarskich i chirurgicznych, długi stół pod oknem do badań drobnowidowych i rozbiorów moczu, oraz stary stół operacyjny. W tej też sali zmienia się opatrunki, wstrzykuje hetol, wykonywa drobniejsze zabiegi i oczyszcza chorych przed większemi operacyami. Podłoga pokryta jednym płatem linoleum. Z tego pokoju wchód do sali operacyjnej. Tworzy ona prawie dokładny sześcian o kątach i krawędziach górnych, bocznych i dolnych bardzo silnie zaokrąglonych, posadzkę stanowi białe „terazzo“, pochylone ku środkowi, gdzie jest syfon odpływowy, ściany pokryte białą emalią Luza, tylko ściana, służąca do ogrzewania sali, jest ułożona gładko z białych kafli, a opalana z zewnątrz. Wentylacya górna i dolna, oświetlenie przez ogromne okno z matowego szkła w ramach żelaznych, nie występujących po za mury. W jednej ścianie wmurowane dwie szafy żelazne, ze szklanemi drzwiami, — nieprzekraczające powierzchni ściany; drzwi zupełnie gładkie o schowanych futrynach. W ten sposób cała sala posiada wszystkie powierzchnie gładkie, bez załamań, listew i wystających części, lekko zaokrąglone. Dwa stoły szklane, wpuszczone w ściany, umywalnia marmurowa z kurkami na ciepłą i zimną wodę i odpływowym syfonem. Ruchomy inwentarz składa się ze stołu operacyjnego Stelznerowskiego, z dwóch stolików na narzędzia, ze skrzyni ruchomej na opatrunki, ze stolika o płycie cynkowej z dwoma sterylizatorami podręcznymi, z ruchomych wieszadeł na ręczniki i z dwóch zydelków, — wszystko żelazne, pokryte białą emalią Luza, na szklanych kulkach ruchomych, wykonane tanio i starannie na miejscu. Wieczorne oświetlenie białą lampą wiszącą naftową z silnym reflektorem. Wszystkie naczynia, miski, kubły, tacki itp. szklane lub porcelanowe. Duży sterylizator Fritscha stoi dla braku miejsca w korytarzu. — Urządzenie piętra uzupełnia klozet angielski z wodnem zamknięciem, porcelanowy, w lakierowanej komórce, oraz stosownie rozmieszczone, równie jak na dole, kurki na wodę ciepłą i zimną z muszlami i odpływem. Na strychu żelazny zbiornik na wodę objętości 35 hektolitrów, otoczony podwójnemi ścianami z desek, wypełnionemi popiołem. Pływak, połączony z wodowskazem zewnątrz budynku, pokazuje ludziom, ciągnącym wodę, stan napełnienia zbiornika, rura zaś, wiodąca do rynny dachowej, zapobiega przepełnieniu. W suterenach tego samego gmachu znajdują się składy jarzyn, węgli, drzewa, nafty, pralnia z kotłami, kurkami, odpływami i maszyną do prania, suszarnia dla bielizny z szybko działającym kaloryferem, magiel, kocioł automatycznie napełniający się do grzania wody dla całego szpitala i kocioł dla parni. Posadzka w całem podziemiu betonowa.

Z tego budynku centralnego przechodzi się na prawo i na lewo do pawilonów, przeznaczonych dla chorych: na prawo kobiecy, na lewo męzki. Ponieważ pawilony w drobiazgach nawet jednakowo są urządzone, przeto opis jednego objaśni całość. Połączenie w parterze z budynkiem głównym odbywa się przez ganek drewniany, oszklony, o betonowej posadzce, przewietrzany przez okienka boczne i przez szparę, biegnącą między górnemi belkami wiązania po obu stronach — (na piętrze zaś połączenie odbywa się przez odkryty ganek z balustradą, umieszczony nad dachem ganku dolnego; podłogę stanowią tu poprzeczne, poodzielane szparami dla odpływu wody deszczowej deski). Z ganku wchodzi się do klatki schodowej, a z tej przez drzwi szklane do korytarza, który przebiega wzdłuż budynku, mając okna zwrócone ku północy. Korytarz ogrzewa piec żelazny, napełniany z góry; na ścianie zegar bijący, beton zasłany jednolitym chodnikiem ceratowym, w murze muszla i kurek na wodę, wreszcie, hermetyczna skrzynia, zawierająca ruchomy śmietnik z blachy cynkowej. W kierunku zachodnim korytarz nie biegnie do końca gmachu, lecz kończy się szklanemi drzwiami, wiodącemi do wielkiej sali Nr. I., zajmującej całą szerokość budynku, a więc otrzymującej światło od południa i od północy. Sala, przeznaczona dla chorych chirurgicznych, ma 10 łóżek. W połowie korytarza wchód do sali Nr. II o łóżkach chirurgicznych, oświetlonej z południa. Obie te sale oddzielone są od siebie pokoikiem dozorcy, który przez okna, umieszczone w ścianach, ma widok zarówno do jednej, jak do drugiej sali, a wchód z korytarza. Jestto nadzwyczaj wygodne i pożyteczne, bo dozorca, nie sypiając z chorymi, mając swój własny kąt, może ciągle wiedzieć, co się na sali dzieje. W pokoju dozorcy jest piecyk żelazny (Koloseusa z Wels) do szybkiego grzania wody, naparów, przyparek itp., szafa na naczynia, podręczna tacka opatrunkowa, mały zapas bielizny, rozliczne szafliki, kubły, szczotki i ścierki, wanna ruchoma i inne sprzęty, służące do utrzymania porządku. W dalszej części korytarza wchodzi się do małej sionki. Ta od północy zamiast okna ma drzwi zamknięte stale, z kluczem umieszczonym za szkłem, na wypadek ognia, — naprzeciw tych drzwi wchód do dwóch salek Nr. III i IV dla chorób skórnych i wenerycznych na 2 i 4 chorych, z posadzką, jak w całym parterze, betonową i południowem, a względnie południowo-wschodniem światłem. Zakończenie wschodnie korytarza stanowi wychodek, którego urządzenie jest następujące: Sciany z cementu, lakierowane, podłoga betonowa, silnie zaokrąglona ku ścianom, otwory kloaczne, utworzone z żelaznych, biało emaliowanych, obszernych lejków, osadzonych równo z podłogą, zaopatrzonych w syfonowe zamknięcie wodne tak, że cuchnąć może tylko powierzchnia, odpowiadająca światłu lejka w najwęższem miejscu, a gazy nie mogą się cofać. Takich lejków jest dwa w wychodku. Nad każdym, na 4 nóżkach żelaznych w beton wpuszczonych, 30 ctm. wysokich, umieszczony jest właściwy sedes, a tworzy go owalny pierścień drewniany grubości zwykłej poręczy, dębowy, lakierowany brunatno. W ten sposób zanieczyszczanie sedesu, stawanie na nim nogami itp, — wykluczone, a natomiast użycie wygodne, a oczyszczenie łatwo. Spłókiwanie wychodka zapomocą gumowego węża, przechowywanego w zamkniętej framudze, odbywa się w miarę potrzeby 2 do 3 razy dziennie; wszelki płyn dostaje się siłą spadku z całej ubikacyi do lejków syfonowych. Przewietrzanie przez wentylacyę w ścianach, ogrzewanie w porze mroźnej zapomocą piecyków naftowych Ditmara. Zupełnie na tę samą modłę urządzone piętro, do którego prowadzą wygodne schody z szerokim podestem — drewniane, lakierowane. Różnica polega w tem, że sale na piętrze mają podłogę drewnianą, napuszczaną pokostem i że inne jest ich przeznaczenie. Sala I dla chorób wewnętrznych, sala II dla gruźlicy (tu nie 7 lecz 5 chorych tylko do taje pomieszczenie ze względu na przyrodę choroby); w salkach zaś III. i IV mieszczą się choroby oczów; — jak niemniej rodzaj separatek dla chorych wykształconych. Pawilon kobiecy zupełnie tak samo urządzony i podzielony, opis więc pawilonu męzkiego wystarcza.

Wyposażenie wszystkich sal, przeznaczonych dla chorych, jest jednakowe. Sciany bielone, podłogi, a względnie betony, pokryte szerokimi chodnikami z ceraty. Łóżka żelazne ustawione dość daleko od siebie i odsunięte od ścian. W tylnem oparciu łóżka umieszczony pręt żelazny o przekroju półkolistym służy do przytwierdzenia tablicy nadgłównej, matowo lakierowanej, o połyskujących wypukłych brzegach. Na tablicy zapisuje się kredą dzień przybycia rozpoznanie i dyetę; poniżej na metalowym guziku biała okrągła tabliczka z liczbą łóżka i karta nadgłówna, z tyłu ręcznik i szlafrok.

Łóżka i tablice czarne. Pościel składa się z siennika wypchanego słomą, prześcieradła, poduszki w białej poszewce, czerwonej, wypełnionej sieczką lub pierzem, w miarę potrzeby i przyzwyczajeń chorego, z koca podszytego prześcieradłem, a pokrytego drelichowym pokrowcem w białe i czerwone pasy. Przy łóżku stolik żelazny o dwóch półkach, a na nich łyżka z białego metalu, szklanka na wodę i spluwaczka szklana kulistego kształtu ze zwężoną szyją i wygiętym brzegiem (chorzy kiłowi i gruźliczy używają szkła zielono zabarwionego). Inne chorym potrzebne naczynia również z porcelany i szkła. W każdej sali żelazna umywalnia lakierowana z miednicą, dzbankiem i zlewem, — wszystko białe, porcelanowe. W salach większych kosze bambusowe z roślinami o bujnym liściu, w oknach patyczkowe rolety. Wieszadła na rzeczy, stół duży ciemno lakierowany i gięte krzesła dopełniają urządzenia sali. Przewietrzanie zapomocą kanałów w ścianach, prowadzących nad dachy; żaluzye dolne na zimę, górne na lato. Prócz tego w salach większych przewietrzanie sztuczne zapomocą osobnych piecyków wentylacyjnych, które opala się w pokojach dozorców; te jednak bywają w ruch puszczane tylko wówczas, kiedy przepełnienie na sali lub cuchnąca wydzielina jakiego chorego wywoła potrzebę silniejszej wymiany powietrza. Na każde łóżko wypada powierzchni podłogi u gruźliczych 10·9m², u innych 7 do 8 m², u skórnych i wenerycznych chorych 6 m², — zaś przestrzeni odpowiednio 43·6 m³, 30 i 28 m³. Opalenie sal zapomocą pieców kaflowych, oświetlenie wiszącą lampą naftową. Chorzy jedzą z miseczek żelaznych (menażek) emaliowanych, wykształceni jednak dostają zwykłą zastawę stołową: — u chorych na gruźlicę urządzenie jest trochę wykwintniejsze, lepsza pościel, zastawa, wygodne leżaki do spoczynku w dzień itp. Chorzy wszyscy po przyjęciu dostają kąpiel lub ciepły natrysk z obfitem użyciem mydła, a nawet i szczotek: włosy w wielu razach strzyże się maszynką, rzeczy zabrane idą do desinfektora lub wprost do składów na strychach pawilonów, — chorzy zaś dostają bieliznę szpitalną i łóżko bez wyjątku świeżo zasłane. Opatrunki zmienia się nie na sali, lecz w salce opatrunkowej, poprzednio opisanej. Odwiedzanie chorych, dozwolone od 2 do 4 popołudniu, licznym ulega wyjątkom, bo wiele osób przyjeżdża do chorych z odległych wsi i po lichych drogach, nie mogą one przeto przestrzegać ściśle godzin urzędowych.

Z pawilonów opisanych właśnie wraca się przez ganki do budynku głównego, zkąd przez tylne wyjście wiedzie droga do pawilonu dla chorób zakaźnych. Wchód do tego pawilonu oddalony od budynku głównego o 59 metrów. Jest to budynek, zwrócony przodem do północy (w celu zyskania południowego światła dla chorych), z czerwonej niewyprawionej cegły, pokryty dachówką. Środkowy, daleko naprzód występujący ryzalit, przyczepiony do głównego zrębu gmachu, mieści w sobie westybul z posadzką z „terazza“ i kamiennymi stopniami, a na prawo łazienkę z natryskiem i wanną, na lewo wychodek i wchód na strych. Obie te ubikacye mają dostęp od korytarza, a nie od westybulu. Budynek sam składa się z korytarza, (20 m.) — biegnącego przez całą długość budynku, doskonale przewietrzonego, z trzech stron oświetlonego i z rozmieszczonych szeregiem wzdłuż niego pięciu salek, z których środkowa, opatrzona w boczne okienka, służy dla dozorcy, zaś po dwie na prawo i na lewo dla chorych. W każdej dwa łóżka. Korytarz betonowany ozdobnie, pokryty chodnikiem z linoleum, ogrzany, zaopatrzony w lampę, zegar, w muszlę wodociągową i lakierowaną umywalnię z płynami do odrażania, mydłem, ręcznikami itp. Urządzenie salek bardzo proste, wystawa południowa, ściany bielone, a po każdym chorym bielone na nowo, podłoga betonowa, krawędzie i kąty silnie zaokrąglone, piece kaflowe, przewietrzanie górne i dolne, wzmożone dopływem powietrza przez podziemne kanały, w cokole budynku otwarte. Naczynia stołowe chorych przechowują się na salach, a nie u dozorcy: — odwiedzanie chorych wykluczone. Bielizna, zdjęta z chorych i z łóżek, wkłada się do worków napojowych roztworem sublimatu i odnosi do desinfektora; słoma ulega spaleniu w osobnym piecu. Pawilon ten ma swój odrębny dół kloaczny.

W północno-wschodniej części ogrodu szpitalnego znajduje się zgrabny budynek czerwony, jasną pokryty dachówką, a przeznaczony na dom przedpogrzebowy i na desinfekcyę. Są to właściwie dwa budynki parterowe pod jednym dachem — bo grube mury oddzielają obie części, które żadnymi nie są połączone otworami, ani drzwiami. Również osobne schody prowadzą z dworu osobno do każdego wnętrza. Część, przeznaczona dla zmarłych, ma wejście przez mały przedsionek, za którym jest sala sekcyjna o wielkiem matowem oknie, a za nią kaplica pośmiertna i mały skład: z kaplicy okazałe drzwi prowadzą na zewnątrz na podwórko, otoczone kolczastym drutem i gęstemi zaroślami, zkąd brama stanowi wyjście na ulicę, zdala od całego ruchu szpitalnego. W ten sposób obecność gości pogrzebowych itp. nie dochodzi zgoła do wiadomości chorych, przechadzających się po ogrodzie. Część przeznaczona na desinfekcyę ma wchód od strony przeciwległej przez sionkę betonową, w której znajduje się na poziomie posadzki duży piec ze sklepionym otworem; tam wysypuje się sienniki, poduszki, szmaty, odpadki i opatrunki, wmiata do pieca i poddaje spaleniu. Desinfektor umieszczony jest obok w pokoiku, z tej sionki dostępnym. Jest to stary desinfektor patentu Rychnowskiego, odpowiednio przerobiony i zaopatrzony w dwoje drzwi. Po ustawieniu desinfektora na środku pokoju wymurowano nad nim ściankę i w ten sposób przedzielono pokój na dwie osobne ubikacye, z których każde mieści w sobie połowę desinfektora: jedna z tych salek jest dostępna zakażeniu, w niej opala się, nalewa wodę, wkłada rzeczy i puszcza się przyrząd w ruch; wyjmowanie zaś już odkażonych przedmiotów odbywa się w salce drugiej, która ma silne przewietrzenie i osobny wchód z dworu. w ten sposób rzeczy już oczyszczone nie potrzebują wracać tą samą drogą, jaką weszły nieczyste. Urządzenie to proste, ale wygodne i służba doskonale daje sobie z niem radę. Opis chlewów, lodowni, składów, całego budynku gospodarczego (ceglany z dachem pokrytym płytkami cementowemi) opuszczam jako zbyteczny.

Kanalizacya szpitala jest następująca: każdy budynek ma po za obrębem murów osobny dół kloaczny kształtu cylindra betonowanego; doły kloaczne są sklepione, zamknięte w poziomie gruntu podwójnem wiekiem żelaznem, a przewietrzają się przez rury żelazne, poprowadzone wysoko ponad dachy. Odchody i płyny zużyte dostają się z budynków do tych dołów przez połączenia syfonowe, doły zaś są od góry do dołu przedzielone pionowo dywizorami z łat dębowych. Części stałe opadają na dół, zkąd co pewien czas są wyczerpywane i wywożone; płyny zaś, rozrzedzone jeszcze obfitym napływem wody z łaźni, pralni, muszel wodociągowych itp., tworzą zwierciadło wodne, a nadmiar ich przechodzi do kanałów poziomych, których sieć zbiega się w głównym, peryodycznie opróżnianym, zbiorniku. Jest to stan przejściowy, bo zaraz z wiosną rozpocznie się budowa kanału 900 m. długiego do rzeki Bugu, a wówczas zbiornik główny uzyska odpływ przez ten kanał. Na odpadki stałe, jak popiół, łupiny, skorupy itp., które nie dają się spalić, ani do kloacznych dołów usunąć, — przeznaczony jest murowany śmietnik, opatrzony ściśle przylegającem zamknięciem.

Personal szpitala składa się z dwóch lekarzy (dyrektor i sekundaryusz), z czterech Sióstr Miłosierdzia pod wezwaniem św. Józefa, z których jedna jest przełożoną i prowadzi księgi gospodarskie, jedna zajmuje się kuchnią i pralnią, — dwie pielęgnują chorych: z pisarza samoistnego, prowadzącego kancelaryę. Służba niższa; portyer, kucharka, stróż, dwie praczki, dwóch dozorców, dwie dozorczynie i osobny dozorca dla zakaźnych. Opieka duchowna spoczywa w ręku dwóch katolickich kapelanów rzymskiego i greckiego obrządków. Dostawa środków żywności odbywa się w drodze licytacyi, w leki zaopatruje szpital miejscowa apteka.

Oto jest ile możności treściwy obraz nowego szpitala prowincyonalnego, wystawionego według zasad jaknajwiększej oszczędności, bo kosztem około 80.000 złr. austr., co w stosunku do 96 łóżek nie dosięga nawet 900 zł. austr. na jedno łóżko. Niema tu zbytków, ani wymysłów, — jest jedynie to, co Francuzi nazywają „stricte nécessaire“. Pojęciem konieczności objęto względy zdrowotne w dwóch kierunkach: stosunek chorego do szpitala i stosunek szpitala, jako całości, do zewnętrznego otoczenia i starano się jednemu i drugiemu warunkowi zgodnie z potrzebami miejscowemi odpowiedzieć. Lud nasz ma co do wygód inne wymagania, niż chorzy w szpitalach zagranicznych; już patrząc na szpital w Żywcu lub w Białej widzi się ogromną różnicę, opartą na wyższym stopniu potrzeb i przyzwyczajeń, wyniesionych z domu. Pod tym względem komitet stanął twardo na gruncie realnym, a mając zupełną swobodę działania, bo stawiał budowę od podwalin nową — starał się postawić w Sokalu szpital, stosowny dla ludności tego i sąsiednich powiatów, zgodny z jej zwyczajami i potrzebami. Nie wiele jeszcze w ostatnich czasach szpitali w kraju naszym zbudowano; każda więc nowa budowa jest zarazem krokiem doświadczalnym naprzód, jest praktyczną próbą, która ma być zarazem i stopniem nowym ku lepszemu. To było dla mnie pobudką do niniejszego sprawozdania: dla tego opisałem powstanie i cały ustrój nowego szpitala. Następcy mogą pójść w ślady tego, co dobrem się okaże, a uniknąć błędów, jakich dostrzegą. *Dr. Józef Łuszczkiewicz.*

Do obecnego, bardzo dokładnego opisu nowego szpitala w Sokalu, dodaję, że Dyrektor tego zakładu, Dr. Łuszczkiewicz, poświęcił w ciągu dwóch lat wszystkie chwile swobodne dopatrywaniu robót na placu budowy dokonywanych, studyował urządzenia wewnętrzne różnych szpitali zagranicznych i zastosowywał je do swego. Nic więc dziwnego, że obecnie posiada on szpital bezspornie najle-

piej ze wszystkich szpitali prowincyonalnych zbudowany i urządzony, w którym dobrze jest chorym, a lekarze posiadają wszystko, co potrzeba nie tylko dla leczenia, ale i dla nauki. Dr. Łuszczkiewicz przy budowie tego szpitala oddał wielką usługę powiatowi i krajowi.

Dr. J. Stella Sawicki.
Inspektor szpitali w Galicyi.

VIII. XIII międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya chorób skórnych i wenerycznych.

Zestawił *Dr. Fr. Krzyształowicz.*

(Ciąg dalszy).

Łuszczyca błon śluzowych (Leucoplasia).

L. Perrin, (Marsylia). Łuszczyca błon śluz. jest tylko objawem, nie przedstawia zaś jednostki chorobowej; jestto bowiem tylko pewien sposób oddziaływania nabłonka błon śluz. na drażnienia mechaniczne. Anatomicznie okazuje dwa ważne szczegóły: naciek komórkowy błony śluzowej i zrogowacenie powierzchow. warstw nabłonka, czyli zamianę błony śluz. w skórę. Najczęstszą siedzibą tej zmiany jest błona śluz. jamy ust., rzadziej pochwy napletka itd. Przyczyna jest zawsze mechaniczna (szczególnie palenie tytoniu), a przebieg we wszystkich przypadkach przewlekły, opierający się leczeniu, wreszcie tem się cechujący, że może się przeobrazić w raka. Przeglądając większą liczbę przypadków, nie trudno dopatrzeć związku tego cierpienia z kiłą, choć nie zawsze, to jednak w znacznej większości przypadków, szczególnie zaś co do zmian na języku. Przytem Perrin odróżnia dwa rodzaje: jedne przypadki, w których kiła jest bezpośrednią przyczyną wywołującą, w innych zdaje się być ona przyczyną dalszą. Zwyrodnienia nowotworowe przedstawiają się również w dwóch postaciach: jedna brodawkowa z cechą łagodną, druga rakowa — złośliwa. Pierwsza może stanowić albo tylko przejście do drugiej, albo występować samoistnie. Rak rozwija się również w dwojaki sposób: albo nadmierne rogowacenie nakórka ustępuje, a wytwarza się rozrost nowotworowy, albo rak rośnie z istniejącego nadmiaru komórek zrogowaciałych. P. stwierdza zatem związek niewątpliwy między łuszczycą błon śluz., a rakiem, a to ostatnie cierpienie nie jest wedle niego tylko przypadkowem, albo wikłającem pierwotne zmiany naskórka, lecz jednym ze sposobów ich przetwarzania się, — a tem samem uważa łuszczynę błony śluz. *(leucoplasia)* za raka w początkowym rozwoju. Nowotwór w ten sposób powstały ma być mniej złośliwym i trudniej nawracającym.

Dyskusya: Barthelemy (Paryż) sądzi, że łuszczyca błon śluz. rozwija się prawie zawsze u osobników kiłowych, niedostatecznie leczonych, dodając, że leczenie przeciwkiłowe w licznych przypadkach usuwało w krótkim czasie takie zmiany. Odróżnia jednak kilka postaci tego cierpienia: jedne wrzodzieją łatwo i są bolesne, inne bujają znacznie, są twarde. Nie uważa jednak tej choroby za cierpienie, poprzedzające raka, który zdarza się tylko wyjątkowo, a zaznacza, że kiła sama, zmniejszając odporność tkanek, sprowadzać może łatwo, szczególnie u obciążonych, dziedzicznie, rozwój nowotworu.

Gaucher (Paryż) twierdzi, że łuszczyca błon śluz. jest zawsze pochodzenia kiłowego *(parasyphilitique)*. Badanie drobnowid. wykazuje brodawkę skóry zrogowaciałą, która jest zarodkiem raka; zupełnie zatem naturalną jest rzeczą przeobrażenie się tych zmian w raka. Doradza zatem, obok leczenia miejscowego, zawsze leczenie rtęciowe.

Zambaco-Pacha (Konstantynopol) spostrzegał łuszczycę bł. śluz. u mężczyzn, chociaż w prowincyach tureckich kobiety palą równie dużo; natomiast spotykał ją jedynie u kiłowych, a nigdy jednak nie widział zwyrodnienia rakowatego tej zmiany.

Dubrenilh (Bordeaux) sądzi, że brodawki skóry, lub też zrogowacenia nieprawidłowe nigdy nie przechodzą w raka, — a istnieją osobne rodzaje tych zmian przeobrażających się nowotworowo, które D. nazywa „hyperkeratoses précancereuses“.

Du Castel (Paryż) zwraca uwagę, że zmiany łuszczycowe błon śluzowych istnieją pod dwoma postaciami: jedne jako wyniosłości szare, powstałe skutkiem przewlekłego zapalenia błony śluz., drugie w postaci białawych zgrubień, jako objaw nadmiernego bujania naskórka. Tę ostatnią postać nazywać należy łuszczycą błon śluz. *(leucoplasia)* i ta przechodzi najczęściej w raka.

Balzer (Paryż) uważa zmiany te nie za kiłowe, ale od kiły pochodzące (*parasyphilitique*).

Petersen (Petersburg) twierdzi, że dna (*l'arthritisme*) jest często przyczyną tych zmian.

Nekam (Budapeszt) nie sądzi, aby to cierpienie było zawsze pochodzenia kiłowego, gdyż znajdował je u osobników niezakażonych kiłą.

Fournier A. (Paryż) wyciąga wnioski z 324 spostrzeganych przypadków i stwierdza, że łuszczyca błon śluz. jest przeważnie chorobą mężczyzn, co przemawiałoby za szkodliwym wpływem tytoniu, i osobników kiłowych. W $^1/_3$ cz. tych przypadków spostrzegano raka. Leczenie rtęcią nie wydało nigdy wyników dodatnich, dlatego zalicza to cierpienie do t. zw. *parasyphilis.*

Wyłysienie plackowate (Pelade, alopecia areata).

Lassar (Berlin) nie uznaje tego, jakoby wiek miał jakiś wpływ na występowanie tej choroby, a wejrzenie kliniczne jest wedle niego zawsze jednakowe; zdarzają tylko wyjątkowo przypadki nietypowe. Teorya wpływu nerwów traci coraz więcej zwolenników. Przypadki odosobnione, przemawiające za nią, nie dowodzą jeszcze jej powszechności, a na pewno twierdzić można, że nie może istnieć nagminne występowanie choroby nerwowej, której jedynym objawem byłoby wypadanie włosów na pewnych miejscach. Umiejscowienie okolic łysiejących (po jednej stronie, lub symetrycznie po obu, albo wyłysienie ogólne) nie przemawia również za związkiem tych zmian z jakimś pniem lub ośrodkiem nerwowym. Przypuszczenie, że jest to choroba zakaźna, najwięcej ma prawdopodobieństwa, bo doświadczenie poucza, że cierpienie to przenosi się z jednego osobnika na drugi, — chociaż przeszczepienia nikomu się dotychczas nie udały. Możliwem jest, że odszukamy w przyszłości jakąś przyczynę, z zewnątrz do ustroju się dostającą, która, zatruwając go, wywołuje wypadanie włosów. Leczenie opiera się na doświadczeniu, a wszystkie środki, dodatnio działające, należą do środków przeciwgnilnych.

Pawłow (Petersburg) znajdował we wszystkich spostrzeganych przez siebie przypadkach zboczenia nerwowe różnego rodzaju. Włosy okazywały objawy zaniku (Sabourand). Z łusek i włosów wyhodowano zawsze gronkowce, które, przeszczepione na królika, wywoływały wypadanie włosów, połączone z zapaleniem skóry. Stwierdza zaś w końcu, że wyłysienie plackowate w Rosyi niema cech choroby zakaźnej.

Walker N. (Edymburg) sądzi, że z wielkiej liczby przypadków wyłysienia plackow. wyróżniają się wyjątkowo przypadki, które odnieść należy do zboczeń nerwowych. — Przytacza zarazem liczne dowody ze swej praktyki, świadczące o zakaźności tej choroby. Badania bakteryologiczne wykazały we wszystkich przypadkach obecność drobnoustrojów, dających na pożywce kwaśnej (Sabourand) hodowle w postaci białych nalotów, jakby porcelanowych; — nie udało mu się jednak wychodować drobnoustrojów łojotoku, chociaż we wszystkich przypadkach stwierdził objawy tego cierpienia. Natomiast otrzymywał zawsze jakiś drobnoustrój, którego wprawdzie nie uważa za swoisty, któremu jednak przypisuje pewne znaczenie w tej sprawie chorobowej.

Sabourand (Paryż) określa wyłysienie plackowate (pelade) jako chorobę, polegającą na nagłem powstaniu miejsc wyłysiałych, bez poprzedniego urazu lub sprawy zapalnej. A cierpienia tego odróżnia dwa typy: łysina wężykowata (Celse) i łysina łojotokowa (Bateman). Pierwsza rozpoczyna się w wieku chłopięcym na potylicy i rozszerza się zazwyczaj symetrycznie na obie strony. Drugorzędne łysinki powstają w bliskiem sąsiedztwie pierwotnej: skóra jest w miejscach wyłysiałych gładka, zcieńczała, zanikła i odbarwiona. Wokoło znajdują się w kształcie szerokiego pasa złamane włosy, barwy mahoniu, lub też tylko pojedyncze włosy nadłamane, mające kształt znaku wykrzyknika (!). Istnieją w tej odmianie i postacie nietypowe, zajmujące czoło lub miejsca za uszami, jednostronne, wężykowate, o licznych plackach, rozległe. Tym ostatnim zmianom towarzyszą zazwyczaj zboczenia w paznokciach i odbarwienia skóry *(vitiligo.)* Etylogia jest zupełnie nieznaną: trwanie rozciąga się na 15—20 miesięcy, przyczem sprawa nie jest zaraźliwą, a wyleczenie jest zawsze prawie pewne.

Druga postać, łojotokowa, rozpoczyna się między 15—45 rokiem życia jedną drobną (2—3cm.) łysinką, na której widać zazwyczaj tu i owdzie odłamany włos, w około zaś istnieje otoczka z włosów, mających kształt wykrzyknika. Ze skóry, pozbawionej włosów, wycisnąć można nitki łoju skórnego. Po paru miesiącach powstają nowe łysinki, a badanie drobnowidowe wykazuje w skórze zmiany łojotokowe (*seborrhoea*), zakażenie ujść torebek włosowych drobnymi prątkami, które Unna uważa za przyczynę trądzika. Ze względu na to, że we wszystkich przypadkach zakażenie to i te zmiany wykazać można, że następstwem zawsze jest wypadanie włosów, — uważać można tę postać wyłysienia za napad ostry łojotoku, ograniczający się do pewnych miejsc skóry. Postać ta właśnie bywa zaraźliwą, czego dowodzą liczne przypadki, spostrzegane przez S.,

który jednak nie wykazał nigdy nagminnego występowania tej choroby. Sądzi zatem, że nie można przyjmować dla tych różnych postaci wyłysień jakiejś jednej przyczyny, — mogą one bowiem być różne, zewnętrzne i wewnętrzne.

Fournier A. (Paryż) spostrzegał takie łysiny, jak przy wyłysieniu plack., po wybuchu kiły, ustępujące zazwyczaj samoistnie, nawracające się jednak nie rzadko parokrotnie. Takie postacie zdarzać się mają u osobników nerwowych, przebywających kiłę. F. jednak nie określa bliżej przyrody takich właśnie łysin u kiłowych.

Jacquet (Paryż) nie zaprzecza istnienia łysin zakaźnych; są one jednak wedle niego znacznie rzadsze, niż wyłysienia na tle nerwowem. We wszystkich przypadkach spostrzegał zboczenia w odżywieniu i zwiotczenie tkanek skóry. Szczepienie drobnego prątka (*microbacillus*) Unny dało zawsze wynik ujemny.

Jadassohn (Berno szwajc.), który dotychczas nie wierzył w zakaźność tego cierpienia, stwierdza, że dowodnie się przekonał w ostatnich czasach na swej klinice o zaraźliwości łysiny plackow.

Hallopeau (Paryż) przytacza liczne przypadki ze swej praktyki, dowodzące zakaźności wyłysienia plackow. (pelade).

Kaposi (Wiedeń) przyznaje, że widział i w Austryi nagminne wystąpienie łysiny plack., podobnej do paryzkich, — żadnego jednak pasorzyta nie znaleziono, a łysinki nie były tak regularne, jak to powszechnie opisują.

Sabourand (Paryż) tłómaczy występowanie łysin plackowatych u kiłowych tem, że wybuch kiły wprowadza zakażenie łojotokowe, a najczęściej jest nawrót istniejącego cierpienia. (*C. d. n.*)

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 10 stycznia 1901.

* W warszawskiem Towarz. Higienicznem utworzono nową Sekcyę gruźliczą, której przewodniczącym wybrano Dr. A. Sokołowskiego.

* Statystyka wykazuje znaczne zwiększenie się samobójstw w Wiedniu: od stycznia do sierpnia włącznie r. z. odebrało sobie życie osób 382, liczba do tej pory niebywała. Najwięcej samobójstw było w czerwcu (60). Rzecz uwagi godna, że samobójstwa popełniają osoby coraz młodsze; pomiędzy tegorocznymi samobójcami był jeden chłopak 10-letni i dziewczynka 13-letnia. Co do rodzajów samobójstw, to zwraca na siebie uwagę coraz częstsze rzucanie się z okien.

* W gub. saratowskiej, pow. kamyszyńskim, stwierdzono chorobę groźną, którą wzięto za mór. Znany bakteryolog, prof. Zabołotnyj, po zbadaniu tej epidemii orzekł, że jest to wąglik, połączony z zapaleniem płuc, który w tamtych stronach często panuje w oborach Na 22 osoby, które zachorowały, zmarło 10

Natomiast we wsi Władimirowsku gub. astrachańskiej wybuchła niewątpliwie epidemia moru; z 19 osób, które zachorowały do 22 z. m., zmarło 15.

* Według urzędowej statystyki używanie napojów wyskokowych w Niemczech wynosi 3,4 litra czystego wyskoku na osobę, we Francyi 4,5 na osobę: gdy jednak w Niemczech użycie napojów wyskokowych z roku na rok się zmniejsza (w 1889 r. 4,7 litrów na osobę, w 1892 r. 4,5, w 1900 r. 3,4); to we Francyi odwrotnie: w r. 1855 przypadało na głowę czystego wyskoku 1,5 litra; w 1873 r. 2,59, a obecnie 4,5; ta ostatnia ilość odpowiada przeszło 22 litrom zwykłej wódki.

* Deputowani włoscy uczynili wniosek, ażeby sprzedaż chininy stała się monopolem rządu, a to głównie dla tego, żeby ten przetwór uczynić tanim i chemicznie czystym.

* Władysław Alojzy Orłowski, otrzymał stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiell.

Błędy druku: W artykule »O brakach w ustawie sanitarnej« etc. (»Przegl. lek.« Nr. 1 b. r.) na str. 9, w wierszu 6 od dołu, w miejsce 38,336 ma być: 38,337; w wierszu 27 od dołu, w miejsce 13/3 ma być 13/5; na str. 10, w wierszu 8 od dołu, w miejsce 15,398 ma być: 15,388; w wierszu 6 w miejscu 38,347, ma być: 38,337.

Mianowania i odznaczenia. Prof. Ewald, został mianowany dyrektorem fizyolog. Instytutu w Strassburgu. Dr. Simon, mian. został prof. chirurg. patologii w Reims. Prosektorem przy katedrze histologii w Odessie mian. został A. Mańkowski.

Nekrologia. Zmarli: H. T. Hanks, prof. ginekologii w New-Yorku. R. I. Curtiss b. prof. ogólnej patologii w Chicago. Prof. Bérenger Féraud w Tulonie w 68 r. życia. Prof. Ed. Potain głośnego imienia patolog, zmarł w Paryżu w 75 r. życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 52: Dr. Żydłowicza W.: Leczenie wrzodów miękich sposobem Andryego. Dr. Rosenthala I.: O skuteczności nowego środka »sidonal« w podagrze przewlekłej. Kopytowskiego W.: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w skórze przy półpaśćcu (dok.) Biernackiego Ed.: O badaniu krwi we względzie praktycznym (dok.). Janowskiego W.: O wartości praktycznej nowoczesnych metod badania krwi. W *Medycynie* Nr. 1: Goldflama S.: Dalsze uwagi nad chromaniem przystankowem. Dr. Korybut-Daszkiewicza B.: Morbus coeruleus et transpositio vasorum cordis completa. W *Pamiętniku Towarz. Lekar. Warszaw.* Z. III: Dr. I. Ettingera: Krótkowzroczność i jej leczenie. Dr. Zaremby W.: Zarys dziejów i rozwoju psychiatryi (c. d.). W *Krytyce Lekarskiej* Nr. 1: Biegańskiego Wł.: Główne prądy w medycynie XIX wieku. Dr. Wizela A.: Stosunek psychologii do psychiatryi (c. d.).

Zapiski bibliograficzne. W *La Presse Medicale* Nr. 1: Dr. Sergent E. Zanik trzew i niedorozwój tętniczy w rumieniu lombardzkim. Nr. 2. Prof. Gaulard M.: Leczenie drgawek porodowych. W *Münchener Medic. Wochenschrift* Nr. 1: Vulpius: Leczenie stopy szpotawej u dorosłych. Edlefsen: Główne różnice między mlekiem krowiem a pokarmem kobiecym, oraz wartość i znaczenie środków, przeznaczonych do zastąpienia pokarmu macierzyńskiego. Marwedel: Przyczynek do kazuistyki ropni w trzustce. Haenel: O zaburzeniach czucia skórnego w przebiegu chorób narządów wewnętrznych, zwłaszcza schorzeń żołądka. Baumgarten: Przyczynek do etyologii pierwotnej marskości nerek. Schmidt: Wadliwości flaszek do karmienia osesków i sposób ich uniknięcia. Gebhardt: O nitropropiolowych kołaczykach, nowej próbie na cukier. Ekstein H. i Ekstein M.: Azoospermia i ojcowstwo. W *Berliner Klinische Wochenschrift*. Nr 1: Riedel: O kamieniach żółciowych. Kümmell H.: Promienie Röntgenowskie w usługach medycyny praktycznej. Hueppe F.: O nowoczesnych dążeniach kolonizacyjnych i o możliwem przystósowaniu się europejczyków do strefy podzwrotnikowej. Wolff M.: Sprawozdanie z berlińskiej polikliniki dla chorób na płuca za rok przeszły. Jolly: Kiła i choroby umysłowe. Lassar O.: Różnice między kiłą a chorobami skórnemi, wykazane przy pomocy demonstracyi. Saalfeld: Ogólna terapia chorób skóry. W *Deutsche Medic. Wochenschrift* Nr. 1: Brieger L.: Wstęp do odczytu „O ogólnej terapii." Prof. Wassermann: O przyczynach wrodzonej odporności przeciw niektórym zakażeniom. Blumenthal F.: O powstawaniu acetonu z białka jajowego. Prof. Loeffler i Dr. Uhlenhuth: O szczepieniu ochronnem przeciw zarazie pyskowej i racicznej, w szczególności o zastósowaniu w praktyce szczepionki w celu zwalczania zarazy u nierogacizny i u owiec. Dr. Bäskai D.: Patogeneza rzeżączkowego zapalenia przyjądrza. Prof. Deycke: Etyologia czerwonki.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Wróblewski A.: Méthode pour obtenir des cristaux dans une solution sans formation de croute à la superficie. („Biuletyn Akad. Umiej. w Krakowie").

Dr. Lachs: Zachowanie się ciepłoty noworodków w pierwszym tygodniu ich życia. (Odbitka z »Przegl. Lekar.« 1900).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dn. 16 stycznia, o godz. 6-tej wieczorem *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie administracyjne.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.